



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO

TEMA:

“DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA EN EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO DE LOS MIEMBROS DEL CUERPO DE BOMBEROS DE LA COMPAÑÍA 26 DE JUNIO DE RIOBAMBA, PERIODO ENERO –JUNIO 2015”

AUTORAS: Lucía Monserrath Barahona Hidalgo

Carina Valeria Orozco Barreno

TUTORA: Dra. Alexandra Pilco Msc.

RIOBAMBA -ECUADOR

2015



ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Una vez culminado el trabajo de investigación por parte de las señoritas LUCÍA MONSERRATH BARAHONA HIDALGO Y CARINA VALERIA OROZCO BARRENO con el tema:

“DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA EN EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO DE LOS MIEMBROS DEL CUERPO DE BOMBEROS DE LA COMPAÑÍA 26 DE JUNIO DE RIOBAMBA, PERIODO ENERO –JUNIO 2015”

Para obtener el: **TITULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA EN LA FACULTAD DECIENCIAS DE LA SALUD, CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.**

Acepto que el mencionado es auténtico y original, cumple con las normas de la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**, contiene todos los aspectos descritos en el proyecto y los elementos técnicos y metodológicos del a investigación.

En consecuencia autorizo a su presentación para el trámite para la sustentación corresponsable.

.....

Dra. Alexandra Pilco Msc.

TUTORA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN DEL TRIBUNAL

Nosotros, los miembros del tribunal, por medio de la presente certificamos que la señorita egresada de Psicología Clínica, Lucía Monserrath Barahona Hidalgo, con cédula de ciudadanía 0604673285, luego de las correcciones sugeridas por el tribunal en la defensa privada, se encuentra apta para la defensa pública de la tesina con el tema:

“DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA EN EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO DE LOS MIEMBROS DEL CUERPO DE BOMBEROS DE LA COMPAÑÍA 26 DE JUNIO DE RIOBAMBA, PERIODO ENERO –JUNIO 2015”

Es todo en cuanto podemos informar para los fines académicos correspondientes.

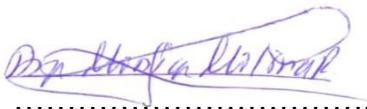
Riobamba, 05 de Agosto del 2015

Atentamente:



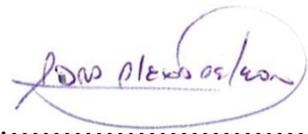
.....
Dra. Rocío Tenesaca

PRESIDENTA DEL TRIBUNAL



.....
Dra. Mónica Molina

MIEMBRO DEL TRIBUNAL



.....
Dra. Alexandra Pilco Msc.

TUTORA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN DEL TRIBUNAL

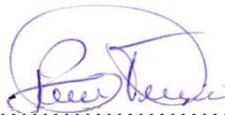
Nosotros, los miembros del tribunal, por medio de la presente certificamos que la señorita egresada de Psicología Clínica, Carina Valeria Orozco Barreno, con cédula de ciudadanía 0604114785, luego de las correcciones sugeridas por el tribunal en la defensa privada, se encuentra apta para la defensa pública de la tesina con el tema:

“DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA EN EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO DE LOS MIEMBROS DEL CUERPO DE BOMBEROS DE LA COMPAÑÍA 26 DE JUNIO DE RIOBAMBA, PERIODO ENERO –JUNIO 2015”

Es todo en cuanto podemos informar para los fines académicos correspondientes.

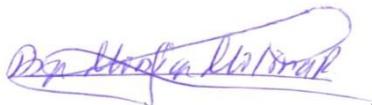
Riobamba, 05 de Agosto del 2015

Atentamente:



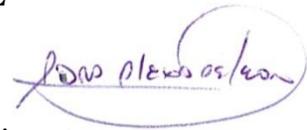
Dra. Rocío Tenesaca

PRESIDENTA DEL TRIBUNAL



Dra. Mónica Molina

MIEMBRO DEL TRIBUNAL



Dra. Alexandra Pilco Msc.

TUTORA

DERECHO DE AUTORÍA

Yo, Lucía Monserrath Barahona Hidalgo con Cédula de Identidad 0604673285 soy responsable de todo el contenido de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.



.....
Lucía Monserrath Barahona Hidalgo

0604673285

DERECHO DE AUTORÍA

Yo, Carina Valeria Orozco Barreno con Cédula de Identidad 0604114785 soy responsable de todo el contenido de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.



.....
Carina Valeria Orozco Barreno

0604114785

DEDICATORIA

“Somos lo que hacemos día a día. De modo que la excelencia no es un acto, sino un hábito”

A nuestras madres FANNY y LILI, por dejarnos la herencia más noble,

La Educación

Lucía-Carina

AGRADECIMIENTO

“Cuando bebas agua, recuerda la fuente”

(Proverbio chino)

Agradecemos primordialmente a la Dra. Alexandra Pilco por su orientación, apoyo e interés entregados durante todo el proceso académico. A nuestros queridos docentes quienes nos han permitido adquirir conocimientos invaluable y nos han formado para desarrollar pasión por nuestra carrera.

Al Crnl. Roberto Sánchez Comandante del Cuerpo de Bomberos de Riobamba y a la Ing. Zuleida Bautista por su apertura y apoyo en la institución.

Lucía-Carina

ÍNDICE GENERAL

AUTORIZACIÓN DEL TRIBUNAL	III
DERECHO DE AUTORÍA	V
DEDICATORIA	VI
AGRADECIMIENTO	VII
INDICE GENERAL	VIII
ÍNDICE DE CUADROS	XI
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XII
RESUMEN	XIII
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	2
PROBLEMATIZACIÓN	2
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.3 OBJETIVOS:	5
1.3.1 Objetivo General:	5
1.3.2 Objetivos Específicos:	5
1.4 JUSTIFICACIÓN	5
CAPÍTULO II	8
MARCO TEÓRICO	8
2.1 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	9
2.2 POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL	9
2.3 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	10

2.3.1 Antecedentes de investigaciones anteriores	10
2.3.2 DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA	12
2.3.2.1 Origen de la desensibilización sistemática	12
2.3.2.2 Eficacia	13
2.3.2.3 Componentes	14
2.3.2.4 Procedimiento básico a seguir de la desensibilización sistemática	16
2.3.3 TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	23
2.3.3.1 Estrés	23
2.3.3.2 Tipos de estrés	24
2.3.3.3 Fases del estrés	24
2.3.3.4 Estrés en los bomberos	25
2.3.3.5 Historia del trastorno de estrés postraumático	26
2.3.3.6 Trastorno de estrés postraumático	27
2.3.3.7 Criterios para el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático	29
2.3.3.8 Aspectos nucleares	31
2.3.3.9 Tipos de gravedad del trastorno de estrés postraumático	32
2.3.3.10 Comorbilidad	32
2.3.3.11 Tratamiento	34
2.4 MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICO	35
2.4.1 Intervención	35
2.4.2 Detalle de sesiones	35
2.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	37
2.6 HIPÓTESIS Y VARIABLES	40
2.6.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	41

CAPÍTULO III	43
MARCO METODOLÓGICO	43
3.1 MÉTODO	44
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	44
3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	44
3.4 TIPO DE ESTUDIO	45
3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA	45
3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	45
3.7 TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	48
3.8 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	50
3.9 ANÁLISIS DE LA FICHA DE SEGUIMIENTO PSICOTERAPEÚTICO	61
3.11 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	62
CAPITULO IV	67
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	67
4.1 CONCLUSIONES	68
4.2 RECOMENDACIONES	70
BIBLIOGRAFÍA	71
ANEXOS	75

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	68
CUADRO 2 SUCESOS VIVIDOS POR LOS BOMBEROS	75
CUADRO 3 DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	78
CUADRO 4 TIEMPO QUE EXPERIMENTA EL MALESTAR	80
CUADRO 5 GRAVEDAD	82
CUADRO 6 REEXPERIMENTACIÓN	84
CUADRO 7 EVITACIÓN	86
CUADRO 8 AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN	88
CUADRO 9 ESCALA GLOBAL	90
CUADRO 10 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	95
CUADRO 11 PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN Y EVOLUCIONES	139

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 SUCESOS VIVIDOS POR LOS BOMBEROS	76
GRÁFICO 2 DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	78
GRAFICO 3 TIEMPO QUE EXPERIMENTA EL MALESTAR	80
GRÁFICO 4 GRAVED	82
GRÁFICO 5 REEXPERIMENTACIÓN	84
GRAFICO 6 EVITACIÓN	86
GRAFICO 7 AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN	88
GRÁFICO 8 ESCALA GLOBAL	90

RESUMEN

La presente investigación se realizó en el Cuerpo de Bomberos de la compañía “26 de Junio” de Riobamba en el período Enero- Junio 2015. El objetivo fue evaluar la influencia de la Técnica de la Desensibilización Sistemática en el Trastorno de Estrés Postraumático presente en los Bomberos, propuesto por Wolpe (1958) dirigida a eliminar las conductas motoras de evitación y reducir las respuestas de ansiedad para lograr los objetivos se utilizó el metodología direccionada a conocer la problemática , de tipo cuasiexperimental y explicativa con una población de 36 personas de la rotación regular donde se aplicó la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático teniendo un resultado de 12 personas que cumplían con los criterios correspondientes dentro de tres parámetros principales como son la Reexperiencia, Evitación de las situaciones traumáticas y Aumento de la Activación y respuesta ante los estímulos ambientales manifestado por Toro y Yépez (2004); además se utilizó la observación clínica a través de la ficha terapéutica que registraba las evoluciones y manifestaciones de la sintomatología del trastorno y del manejo del mismo a través de la técnica, concluyendo que la aplicación de esta técnica es factible para una considerable reducción de síntomas en un 39,98 % a través de un entrenamiento en base a la relajación y visualización donde el paciente puede confrontar adecuadamente la experiencia traumática a través de varias repeticiones con un nuevo aprendizaje basado en respuestas no ansiosas. Permitiendo recomendar la continuidad de este tipo de investigaciones y aplicaciones sobre esta técnica en grupos similares que viven o enfrentan situaciones altamente estresante.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

This research was conducted at the Fire Department "26 de Junio" of Riobamba in the period January-June 2015. The objective was to evaluate the influence of the technique of Systematic Desensitization in Posttraumatic Stress Disorder present in the Firemen, which is aimed at eliminating motor avoidance behavior and reduce anxiety responses" proposed by Wolpe (1958). A quasi- experimental and explanatory methodology was used to achieve the objectives. The population was 36 people of the regular turns. A Severity Scale of Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder was applied. 12 people had the corresponding criteria in three main parameters such as: re-experiencing, avoidance of trauma and increased activation and response to environmental stimuli manifested by Toro and Yépez (2004). After Systematic Desensitization Technique was used for the treatment of manifestations of symptoms and management of the disorder, registered all therapeutic intervention in an individual record, concluding that the application of this technique is feasible because symptoms were reduced in 39.98% through a training based on relaxation and visualization where the patient can adequately confront the traumatic experience through several iterations with a new learning based on not anxious responses. So it is recommended to continue with this type of research and applications of this technique in similar groups that live or face highly stressful situations.

Riobamba, July 28, 2015

TRANSLATION REVIEWED BY:



Lic. Denny's Fenelanda
ENGLISH TEACHER-UNACH



INTRODUCCIÓN

Ante situaciones de emergencia siempre se ha tenido en cuenta el estado de salud mental, físico y psíquico del afectado primordialmente, pero se deja en trasfondo al profesional de la salud y rescate quien también vive y siente la situación alarmante y estresante junto con los y las afectadas, e incluso con mayor intensidad, ya que mantener la calma y ser asertivo tiene que ser su mayor habilidad sin saber que muchas de las veces esta carga de energía puede causar en un futuro cercano afecciones psíquicas y muchas de ellas pasan desapercibidas.

La presente investigación se basó en la identificación del Trastorno de Estrés Postraumático que presentan los miembros del Cuerpo de Bomberos de Riobamba, y como estos síntomas se manifestaron durante y después de las situaciones alarmantes, además el impacto en su vida personal y laboral.

La composición del proyecto se basó en cuatro capítulos:

Capítulo I: Se describe sobre el problema central que es el Trastorno de Estrés Postraumático, sus causas y efectos, además de investigaciones similares. A continuación se realiza la formulación de los objetivos generales y específicos que se encaminan a evidenciar su eficacia; y posteriormente detallar la importancia de la investigación.

Capítulo II: Se pretende fundamentar por medio del Marco Teórico las variables a través de un posicionamiento teórico cognitivo conductual y así dar respuesta al tema planteado.

Capítulo III: Aquí se da a conocer sobre la metodología utilizada y muestra, además de los resultados y comprobación de la hipótesis.

Capítulo IV: Se propondrá las conclusiones debidas y recomendaciones del proceso correspondiente.

CAPÍTULO I

PROBLEMATIZACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Afrontar experiencias traumáticas en el ser humano es una capacidad que para muchos puede ser sin duda uno de los trances más duros a los que pueden llegar a enfrentarse algunas personas, sin embargo la labor profesional y las intervenciones inmediatas de emergencia que deben realizar los diferentes grupos de salvamento en el mundo ha permitido denotar que tanto antes, durante y después de asistir a tales sucesos es natural que en el individuo ocurra diferentes procesos psicológicos que afectan de manera directa la estabilidad emocional y al mismo tiempo existan cambios que pueden inquietar o no a nivel personal, familiar, laboral, etc.

El acontecimiento que dispara el trastorno puede ser algo ocurrido en la vida de la persona o algo ocurrido a una persona cercana a él o ella. O quizá el simple hecho de ser testigo, como la muerte y destrucción masiva después de haber presenciado el derrumbe de un edificio o de un accidente aéreo.

La confusión que puede presentarse al no identificar claramente y a tiempo el TEPT puede hacer que la intervención de salud mental no se ejecute en el momento oportuno, permitiendo consecuencias como: la víctima o trabajador no se recupera plenamente del trauma originado por un accidente o agresión graves o reiteradas, y a lo largo del tiempo la reacción de estrés a la lesión original no tratada puede causar una ansiedad o depresión crónicas, una enfermedad somática o un trastorno por abuso de sustancias.

Algunos estudios sugieren la relación entre la respuesta auditiva de sobresalto (la alarma del cuartel que pone en alerta a los bomberos) como un factor de vulnerabilidad previo al trauma en casos de estrés postraumático de acuerdo a Guthrie y Bryant (2005) citado por (Bellatrix, 2013). En México, Guadalajara, con un total de 427 bomberos de estudio, presentaba TEPT y se concluyó que la observación de sufrimiento de otra persona son paralelamente las mismas respuestas emocionales reales o esperadas de la persona. (Meda, Moreno, Palomera, Arias, & Vargas, 2012). En New York, tras el 11-S, 5000 Bomberos se han retirado y cientos están en

tratamiento psicológico/psiquiátrico por desórdenes postraumáticos. (Hittman, 2005). España, tras el 11 de Marzo, numerosos bomberos presentaban pesadillas, sueños recurrentes, flashbacks, sensación de aislamiento y problemas digestivos (Europa Press, 2004).

Estas y otras investigaciones manifiestan la visibilidad del problema y la importancia que debidamente se ha dado su conocimiento y ampliación para la sociedad.

En Ecuador las investigaciones son muy escasas, aun no existen intervenciones psicológicas en el campo de emergencias del bombero, es por eso que se ha visto la importancia de este estudio, conociendo así sobre la presencia o ausencia de este trastorno, su grado de afectación y posterior tratamiento.

Particularmente se conoce del Trastorno de Estrés Postraumático en los miembros del cuerpo de Bomberos de Riobamba en el año 2015, a través de la existencia de síntomas vinculados a esta perturbación, de acuerdo a manifestaciones y entrevistas realizadas a los bomberos se conoce de la presencia de sintomatología de evitación de situaciones asociadas al trauma, reexperimentación de la experiencia vivida y aumento de la activación fisiológica al recordar o enfrentarse a situaciones impactantes que sean semejantes a la original. Los bomberos muestran ciertas conductas agresivas y rasgos depresivos que en algunos casos va acompañado del consumo de alcohol y otras sustancias, con consecuencias como malas relaciones de trabajo e insatisfacción laboral, falta de motivación para aspirar a nuevos cargos institucionales y relaciones familiares deficientes.

En todo caso, y reconociendo la multidimensionalidad y complejidad del trastorno, se ha optado por abordar esta temática con un enfoque cognitivo- conductual, adaptable a las circunstancias del paciente dado la problemática latente en los equipos de bomberos, es por eso que entre diferentes técnicas se ha escogido la Desensibilización Sistemática que de acuerdo a la literatura podría mejorar la sintomatología del TEPT en los bomberos.

Por tal motivo se recomienda dar una atención profesional y a tiempo, porque si no se realiza un tratamiento adecuado hará que la sintomatología se agrave e incluso sea un factor de riesgo para el desarrollo de otras patologías que dificultara cada vez más su recuperación.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo influye la Desensibilización Sistemática en el Trastorno de Estrés Postraumático de los miembros del Cuerpo de Bomberos de la Compañía 26 de Junio de Riobamba?

1.3 OBJETIVOS:

1.3.1 Objetivo General:

Evaluar la eficacia de la Desensibilización Sistemática en el Trastorno de Estrés Postraumático en los miembros del Cuerpo de Bomberos de Riobamba “Compañía 26 de Junio”

1.3.2 Objetivos Específicos:

- a) Identificar el Trastorno de Estrés Postraumático en los miembros del Cuerpo de Bomberos de Riobamba.
- b) Aplicar la técnica de la Desensibilización Sistemática en los miembros que presentan Trastorno de Estrés Postraumático.
- c) Analizar la eficacia de la técnica de la Desensibilización Sistemática en el Trastorno de Estrés Postraumático en los miembros del Cuerpo de Bomberos de Riobamba.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Es evidente ciertos síntomas que desencadenan los bomberos tras exponerse a ciertas situaciones estresantes como muertes, heridos, explosiones, incendios, accidentes, entre otros; además el tener que trabajar en situaciones donde existe una amenaza física para ellos mismos, todo esto dependiendo de la magnitud, duración e intensidad, va a provocar y generar en el bombero altos grados de estrés, además hay

que detallar que muchos de los miembros corren todos los días bajo el compromiso de salvar vidas y también tienen responsabilidades laborales y conflictos dentro de sus instituciones. Todo esto conjugado durante toda su vida, aprendiendo a convivir con la desgracia y los incidentes.

Es por eso que se ha visto imprescindible tratar de solucionar esta problemática para prevenir otros problemas psicológicos o trastornos mentales ya sea a corto o largo plazo a través de métodos de apoyo que permitan crear nuevas formas de confrontar el mundo para cautelar el equilibrio emocional y mental en los miembros del cuerpo de bomberos que conforman las tres compañías, y así reestablecer un buen desarrollo en el contexto laboral, individual y familiar.

Es necesario instruir a los bomberos que conforman dicha Institución, para un mejor control y manejo del estrés al que se ven expuestos diariamente al cumplir su rol, además se palpa la necesidad de indagar en una problemática olvidada en donde la salud mental de los profesionales de rescate y emergencias no ha sido tomada muy en cuenta ya que se da prioridad al trabajo intenso y continuo que es la protección y salvamento de los civiles, pero contrariamente se deja de rescatar y cuidar su estabilidad emocional.

Es relevante entrenar a los miembros por medio de un tratamiento a base de técnicas, en este caso de la Desensibilización Sistemática, ya que así conseguiremos reducir las respuestas de la sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático que presentan los miembros, además de conductas y pensamientos negativos, y demostrar la eficacia de la misma en el personal del cuerpo de Bomberos de Riobamba, no solo se consiguió un aporte en la Institución, sino también un aporte para la sociedad ya que estas investigaciones dentro del país no han sido realizadas y resultó innovador y al mismo tiempo inquietante el poder ser fuente de un cambio en la manera de ver al individuo detrás de un uniforme y un trabajo, y más bien concienciar que existe un ser humano que necesita y merece también atención en salud mental y entendimiento.

La ejecución del proyecto permitirá el conocimiento en primer instancia de lo que viven y enfrentan a diario los miembros del Cuerpo de Bomberos y como esto lo van

integrando como parte esencial de su profesión, pues que mejor que entender el comportamiento humano si se conoce sus orígenes y sus causas antes de buscar solo los resultados.

El beneficio será global ya que el aprender y ayudar a estos miembros “olvidados” llena de satisfacción y así se tomará conciencia de la asistencia brindada para salvaguardar a los actuales héroes de nuestra patria, también servirá como espejo de reconocimiento en otras áreas y profesiones similares, el crear nueva ciencia que aporte a las investigaciones que detrás pueden motivarse para continuar en el avance de la comprensión de los grupos de rescate del país.

También se podrá contar con la socialización e implementación de psicoeducación individualizada para conocer esta técnica del manejo del Trastorno de Estrés Postraumático y así crear en su interior mayor confianza y seguridad para poder expresar cada una de sus necesidades y experiencias traumáticas que han ido llevando consigo y muchos de ellos no han sabido canalizarlas de una manera positiva, y que puedan conocer nuevas formas de confrontar estas situaciones utilizando técnicas cognitivas y conductuales que sean un aporte en sus maneras de ser actuales nos solo en situaciones emergentes sino también en sus relaciones interpersonales.

El proyecto es factible ya que se cuenta con todos los recursos humanos y materiales a la disposición gracias a la colaboración de los miembros de la Institución, los mismos que han sido beneficiados con la investigación aplicada.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Línea Macro: Salud Integral.

Sublínea: Conducta y Salud Mental, Social y Familiar e Individual.

2.2 POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL

El posicionamiento teórico de esta investigación se asienta sobre el enfoque de la Terapia Cognitiva Conductual, básicamente por tratarse de un estudio sobre el uso de la Desensibilización Sistemática donde se conceptúa que “Es una técnica dirigida fundamentalmente a reducir las respuestas de ansiedad y a la vez eliminar las conductas motoras de evitación. Wolpe, 1958 (citado por Labrador, Manual de Técnicas de Modificación de Conducta, 1997).

En el Trastorno de Estrés Postraumático con un posicionamiento teórico cognitivo-conductual se manifiesta que “Es un cuadro clínico en el cual coexisten tres síntomas: la re-experiencia y evitación de las situaciones traumáticas y un aumento de la activación y respuesta ante los estímulos ambientales, síntomas que han durado por lo menos un mes, después de un evento traumático, que representó para el individuo un peligro real para su vida o una amenaza para su integridad física (Jorge Téllez Vargas y Jorge Forero Vargas, Psiquiatría de Toro y Yepes, 2004), así también los Criterios del DSM IV detallados en el ANEXO 1.

2.3 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.3.1 Antecedentes de investigaciones anteriores

Evaluación del estrés traumático secundario

Según (Meda, Moreno, Palomera, Arias, & Vargas, 2012) en México se realiza una investigación por la Universidad de Guadalajara y Universidad Autónoma de Madrid se realiza un estudio comparado con dos muestras, con un total de 427 sujetos, los resultados fueron que los paramédicos percibieron con mayor presión social, mayor comprensibilidad. Mientras que los bomberos con mayor percepción de sobrecarga laboral, mayor empatía y consecuencias sociales. Refieren que esta sintomatología es un proceso por el cual “un individuo observa un sufrimiento de otro, experimenta paralelamente las mismas respuestas emocionales a las emociones reales o esperadas de la otra persona”.

Estudio sobre relación de deporte con estrés traumático en bomberos

Según (Rojas, Quiroz, Cabrera, & Barrantes, 2014) en Costa Rica se realiza un estudio sobre la Participación en actividades físicas durante el tiempo libre y su relación con el Trastorno de Estrés Postraumático en los bomberos. El objetivo fue analizar la relación entre la participación de la actividad física y los procesos psicológicos del Estrés Traumático; los niveles de participación se midieron en una muestra de 56 bomberos. Los resultados muestran que el 80,3 % de los bomberos tiene niveles moderados y vigorosos del tiempo invirtiendo un promedio de 2.662 minutos por semana. Los niveles de tiempo libre altos muestran correlaciones positivas y significativas en la sintomatología del trauma. En conclusión los bomberos con niveles más altos de tiempo libre tienden a reportar las puntuaciones de Trastorno de Estrés Traumático en relación específicamente a trauma y síntomas.

Estrés postraumático en rescatistas

Según el Dr. Luis Díaz Soto del servicio de psiquiatría del Instituto Superior de Medicina Militar en La Habana en el año 2009 se realiza con la investigación con el objetivo de determinar la existencia del Trastorno de Estrés Postraumático con 70

bomberos activos en el año 2007. Se llegó a la conclusión que existe una asociación entre el trastorno y los antecedentes patológicos personales, familiares y exposiciones frecuentes a situaciones psicotraumatizantes. Los criterios de inclusión fueron bomberos con servicio de más de un mes y de exclusión la negación a participar en el estudio. Se encontró que 22 presentaban TEPT equivalente al 31,4% teniendo en cuenta que las situaciones que consideraban más impactantes son ahogamientos, accidentes automovilísticos, observación de personas mutiladas o putrefactas y muerte de niños.

Incidencia de síndromes en grupos de policías y bomberos de Arequipa

Según (Lizandro & Jimenez, 2011) realizaron una investigación en Perú, específicamente en Arequipa, donde se pudo notar que los bomberos tienen que enfrentarse con situaciones estresantes que abarcan muchas veces casos dramáticos (desastres, accidentes, mutilaciones, etc.), que conllevan a altos niveles de estrés y ansiedad. Estos eventos pueden ser muy breves pero pueden ser en extremo muy estresante. En este estudio de 40 bomberos se concluyó que los que tiene más de 10 años de servicio, presentan mayor agotamiento emocional, y reducen su expectativa de vida en cinco años debido al estrés, la alimentación, los patrones disruptivos de sueño y las condiciones físicas de trabajo, entre otras causas. La prevalencia del trastorno de estrés postraumático en bomberos varía de 6,5% hasta el 37%.

Investigación de intervención para bomberos

Según un estudio en España específicamente en Catalunya dirigido por Ana Súbira, psicóloga de la Dirección General de Prevención en el año 2012, realiza el estudio de un caso de intervención grupal de Bomberos que participaron en un accidente de tránsito con muerte de víctimas con niños, la metodología generalmente consiste en sesiones de grupo o asistencias individuales. Después de 20 días un miembro se pone en contacto se aplica Desensibilización Sistemática y Reprocesamiento por movimiento ocular fue un abordaje rápido y efectivo, facilitando que la persona pueda incorporarse en su trabajo de forma inmediata. Con lo cual se concluye que la intervención en personal de emergencias es una herramienta útil para la prevención

de los efectos psicológicos negativos tras un incidente crítico. (Navarro, Berliner, Subirá, Ochoa, 2009).

Regulación emocional de síntomas psicopatológicos de los bomberos

El estudio realizado por (Assunca, 2013) en España por la Universidad de Extremadura, esta investigación evaluó los síntomas psicopatológicos, capacidades adaptativas y desadaptativas y también el papel del proceso de la desensibilización en estos síntomas. En una muestra de 938 bomberos portugueses los resultados indicaron la prevalencia de 15,7% de los síntomas de Estrés Postraumático, 10,6% de Depresión, 4,3% de Ansiedad, 17,4% de síntomas de Estrés. El modelo demostró que procesos adaptativos y desadaptativos son predictores importantes de síntomas de psicopatología. El estudio concluyó que la DS puede ser utilizada como un programa de intervención específica para mejorar la sintomatología y la regulación emocional ajustada tanto a hombres y mujeres bomberos.

2.3.2 DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA

Wolpe en 1958 conceptualizó que la Desensibilización Sistemática se considera una técnica dirigida fundamentalmente a reducir las respuestas de ansiedad y a la vez eliminar las conductas motoras de evitación, se considera una de las más representativas, más frecuentemente utilizadas y mejor estudiadas.

La Desensibilización Sistemática proporciona nueva información sobre una situación, objeto o emociones temidas, información que se procesa en las áreas cognitivas, fisiológicas y conductuales, y sirve para inhibir la experiencia de la ansiedad y evitación.

2.3.2.1 Origen de la desensibilización sistemática

Fue entre inicios de los años 1927 y 1944 cuando Gantt, Masserman y Pavlov crearon condiciones para el estudio de la neurosis inducidas experimentalmente y hallaron en esta investigación que los animales de laboratorio desarrollaban asociaciones de temor entre un acontecimiento neutral y estímulos del contexto con condiciones aversivas.

Luego en 1958 Joseph Wolpe desarrollo la Desensibilización Sistemática basados en los principios del condicionamiento clásico de Pavlov

Cuando Joseph Wolpe introdujo su paradigma de desensibilización sistemática en 1958, al publicarse Inhibición Recíproca, presentó un acervo importante de estudios de laboratorio. Hoy día, 50 años después, existe una numerosa cantidad de resultados clínicos en estudios controlados que apoyan el método. La DS es una intervención terapéutica desarrollada para eliminar la respuesta de miedo y la conducta de evitación.

De acuerdo a lo manifestado por Watson (1924) y otros demostraron que el miedo podía aprenderse por condicionamiento y desaprenderse por el mismo mecanismo, la ansiedad se estableció como respuesta emocional compleja y susceptible de ser condicionada, con arreglo a las leyes del aprendizaje. Basado en el principio de inhibición recíproca descrito por J. Wolpe (1958) a través de los estudios de Sherrington(1906), señala que si se hace coincidir una respuesta antagónica a la ansiedad en presencia de estímulos ansiógenos, de forma tal que se acompaña de una supresión completa o parcial de la respuesta de ansiedad, el vínculo entre estos estímulos y las respuestas de ansiedad se debilita.

En otros términos, si al paciente se le enseña a experimentar relajación en lugar de ansiedad mientras imagina tales escenas la situación de la vida real que la escena representa causará menos incomodidad. Esto implica que la ansiedad puede ser inhibida siempre que entre en competencia con otros mecanismos antagónicos, sea la relajación muscular, la excitación sexual, la autoafirmación, etc.

El inhibidor más utilizado por largo tiempo ha sido la relajación muscular de Jacobson (1938), describiendo sobre esta base la desensibilización sistemática.

2.3.2.2 Eficacia

Se ha ofrecido evidencia empírica de la eficacia de esta técnica por tres vías diferentes:

- a) Estudios de casos tratados por medio de la desensibilización sistemática. Así Wolpe en 1958 presento 210 casos tratados con éxito en 89.5% de ellos. Paul en 1969 informo de 15 casos con éxito en 86% y Wolpe (1988) informa de doce casos con recuperaciones en el 83%.

Aunque la ausencia de controles impide obtener una demostración de eficacia concluyente se ha de tener en cuenta que estos casos tenían largas historias de trastorno de ansiedad y habían sido sometidos a otros tratamientos previamente sin éxito.

- b) Trabajos experimentales con poblaciones subclínicas o análogas, generalmente muestras de estudiantes con miedos a las serpientes, arañas, etc. (Rimm Y Master, 1980; Ladouceur, 1981) que constata la eficacia de esta técnica, ya que ofrecen control experimental, aunque carezcan de valides externa y ecológica para generalizar a las poblaciones clínicas.
- c) Trabajos experimentales con poblaciones clínicas. Estos trabajos han sido revisados por Turnner, DiTomasso y Delutti (1985), aunque se han realizado con muestras pequeñas y con escaso control experimental los resultados son favorables.

A lo largo de los más de 35 años que se viene trabajando con esta técnica, se ha ido produciendo una evidencia de datos convergentes, desde distintas fuentes, que permite avalar que si este procedimiento se aplica sobre los problemas para los que es pertinente, de forma adecuada, la técnica será efectiva. Es un método que es aceptado por los clientes, al contrario que otros tratamientos de inundación o exposición in vivo, que posee valides aparente y es de coste reducido.

2.3.2.3 Componentes

Se ha llevado a cabo una amplia investigación acerca de los componentes, tal como supone Wolpe el procedimiento de esta técnica se basa en la presentación gradual de la jerarquía y el entrenamiento en respuestas incompatibles.

En relación a la presentación gradual de los ítems, la investigación empírica ha probado que la presentación de jerarquías descendentes, empezando por los ítems

más altos y descendiendo los menos ansiógenos, también producen efectos positivos (Rimm, 1980; Ladoucelur, 1981). Esta investigación se ha realizado fundamentalmente con poblaciones subclínicas o análogas.

En el contexto clínico puede haber altos niveles de ansiedad y rechazo por parte de los clientes. Por otro lado, este modo de aplicación requiere un mayor número de presentaciones de los ítems y un mayor número de sesiones.

En relación con el papel de la relajación, se ha descubierto que no es necesario un nivel de relajación profunda, basta un nivel de calma y de tranquilidad para ser efectiva (Rachman, 1980). Los datos experimentales muestran que se puede omitir la relajación y seguir siendo efectivo el procedimiento.

Según Levin y Gross (1985) revisaron la evidencia empírica de este tema, y se puede concluir que la relajación es necesaria en la desensibilización:

- a) Si se dispone de un número de sesiones reducido, dado que la relajación acelera el proceso, aseguraría la eficacia, ya que sin ella se requeriría un número amplio de sesiones.
- b) Cuando la presentación de los ítems es corto, ya que sin relajación se requiere presentar los ítems de forma suficientemente extendida para que se produzca la habituación.
- c) Cuando la progresión en la jerarquía está controlada por el experimentador, no por el sujeto.
- d) Cuando el cliente presenta ansiedad alta.

Es importante señalar que esta evidencia permitió comprobar que la relajación aumenta la claridad de las imágenes mentales (Levin y Gross, 1985), con lo cual facilita la exposición del sujeto a los estímulos.

A pesar de estos datos, parcialmente contradictorios con el punto de vista de Wolpe, ya que están extraídos de poblaciones subclínicas, ya que el método de desensibilización está validado en estos casos clínicos, lo adecuado es seguir aplicando de esta manera.

2.3.2.4 Procedimiento básico a seguir de la desensibilización sistemática

Para poder tener un mejor entendimiento de los de los pasos a seguir se ha dividido el procedimiento en los siguientes apartados:

1. Presentación de la Técnica al Cliente
2. Entrenamiento de la respuesta incompatible con la ansiedad
3. Elaboración de la jerarquía de ansiedad
4. Presentación de los ítems

Para lo cual detallaremos cada pasó sin excepciones descrito por Labrador, Cruzado & Muñoz (1999, p. 401-413).

Presentación De La Técnica Al Cliente

Como ocurre con todas las técnicas conductuales, una correcta aplicación de la desensibilización sistemática implica necesariamente una correcta explicación para motivar al sujeto, hacerle comprender la estrategia básica y los principios de eficacia de la técnica. De este modo una adecuada presentación de la DS podría incluir:

- a) Explicación de la Lógica y funcionamiento de la técnica: Se explica al paciente que el problema se debe a una serie de experiencias desagradables, propias y/o vistas en otras personas, pero así como las aprendió puede “desaprenderlas”. Se romperá la secuencia actual para conseguir cambiar las sensaciones de ansiedad por otras de tranquilidad.
- b) Explicación de su ejecución en cada fase de la técnica: El papel que debe cumplir en cada momento, como mínimo:
 1. Necesidad de practicar la relajación en casa, para aprenderla.
 2. Importancia de la creación de jerarquía adecuada, relevancia de la búsqueda de ítems y su correcta graduación.
 3. Papel esencial en la consecución de imágenes mentales vívidas.

Entrenamiento de la respuesta incompatible con la ansiedad

La relajación progresiva es la respuesta incompatible que con más frecuencia se ha utilizado en la desensibilización sistemática, aunque también se hace uso si está indicado de otras respuestas incompatibles con la ansiedad. Entre las ventajas de la respuesta de la relajación se puede señalar que en el plano fisiológico y subjetivo produce efectos contrarios a inhibidores de la ansiedad. Por otro lado, es una respuesta fácil de generar a voluntad y puede utilizarse en prácticamente todo tipo de ambiente o situación, una vez que el sujeto ha sido convenientemente entrenado.

Generalmente se aplica el procedimiento reducido de relajación progresiva (Jacobson, 1938) elaborado por Wolpe (1958,1977) o Bernstein y Borkobsk(1973), que permite trabajar con todos los grupos musculares en una sola sesión. Se le enseña los ejercicios al sujeto, tras lo cual ha de llevar a cabo una práctica diaria del ejercicio de relajación, en los periodos fuera de la sesión. Durante la primera semana conviene darle al sujeto una cinta de relajación para ayudarse en esta práctica.

Habitualmente a la segunda semana se puede hacer que el sujeto practique la relajación evocada o inducida, es decir identificando y reduciendo la tensión muscular sin los ejercicios de tensión. Si el sujeto ha sido entrenado correctamente podrá relajarse en la fase final en un período de aproximadamente 7 o 10 minutos, que es lo que necesitamos para llevar a cabo la presentación de los ítems en desensibilización sistemática. Los ejercicios de respiración y las sugerencias hipnóticas suaves pueden ser de gran utilidad a lo largo del entrenamiento. Conviene señalar que no es determinante que el cliente alcance una relajación muy profunda para llevar a cabo la desensibilización.

Además de la relajación progresiva, se han utilizado otros métodos de relajación para la aplicación de la desensibilización, principalmente entrenamiento autógeno, meditación trascendental, yoga, biofeedback electromiográfico o electrodérmico, así como control de la respiración (Wolpe, 1990). Así mismo, se ha utilizado otras respuestas diferentes de relajación como inhibidoras de la ansiedad que pueden utilizarse en función de su adecuación al tipo de problema que se esté tratando, con la

consideración de que ya estén instaurados en el repertorio del sujeto o que sean más fáciles o idóneas de aplicar que la relajación en una situación dada. Las más importantes pueden ser las siguientes:

- a) Respuestas asertivas: especialmente utilizadas en problemas de miedo a hablar en público o en problemas de relaciones sociales más concretas.
- b) Respuestas de activación sexual: útiles en problemas de inhibición de la excitación sexual por ansiedad condicionada.
- c) Tranquilizantes: recomendables cuando el sujeto es incapaz de conseguir la relajación por sí mismo. Presentan problemas de escaso control de los efectos para el nivel preciso en la Desensibilización e interferencias con los procesos de aprendizaje.
- d) Hipnosis: se ha utilizado la hipnosis para generar la relajación, pero también para la completa ejecución de la desensibilización. En este caso se considera una variación de la misma o, incluso, una técnica completamente distinta.

Otras respuestas incompatibles que se han utilizado han sido la inducción de ira, asociándola a los estímulos condicionados de miedo (Wolpe, 1990).

Construcción de la jerarquía de ansiedad

Pueden distinguirse dos tipos de jerarquías

Espacio temporales y temáticas (Paul, 1969), a las que también denomina Wolpe (1990) convencionales e idiosincrásicas respectivamente. Las primeras son las más fáciles de construir, ya que se ordenan los estímulos por las distancias o la cercanía temporal a la situación temida. Las jerarquías temáticas se refieren a cuando todos los ítems están relacionados con un mismo tema. Así mismo pueden formularse jerarquías combinadas. De este modo, una jerarquía adecuada suele tener de 10 a 15 ítems.

Estrategias para la construcción de jerarquías de ansiedad

A continuación el terapeuta va pidiendo al sujeto que identifique situaciones de distintos niveles, una entre cincuenta y cien, es decir, de 75, una entre uno y

cincuenta, etc. Y continuar de este modo hasta disponer de unas 10 situaciones de modo que no haya escalones de más de 15 USA. Si el sujeto se queda bloqueado, el terapeuta puede introducir una variación sobre uno de los ítems y preguntarle que ansiedad suscita. En todos los casos debe discutirse con el sujeto la formulación del ítem e instruirle en el tipo de lenguaje descriptivo que interesa. Hay que hacer constar que a veces es difícil encontrar ítems de bajo nivel en la jerarquía (5-10 USAS), debido a que el sujeto solo menciona ítems de niveles medios o altos: en este caso, el terapeuta debe esclarecer todos los aspectos que pudieran atenuar la respuesta de ansiedad.

Tras haber elaborado diez tópicos o poco más en esta sesión, se puede impartir al sujeto una tarea casera, que consiste en elaborar escenas o ítems de la jerarquía. Nos interesa que estas escenas sean de cuantía diversa, de diez, veinte, sesenta..., ochenta y cinco... y que no sean todos del mismo nivel. El sujeto habrá de anotar cada una de estas escenas en una tarjeta, apuntando en el reverso el nivel de ansiedad que suscita.

En la siguiente sesión el sujeto debe traer su bloque de tarjetas relleno. Le revisamos y recompensamos por la correcta generación de las tarjetas, escogemos todas aquellas útiles y las barajamos con las de la sesión anterior (que tiene la calificación también en el reverso). Después se pide al sujeto que, sin mirarlas por detrás vuelva a colocarlas en orden ascendente. Puede utilizarse una táctica de hacer montones en este momento. Se pide al sujeto que elija las cinco más importantes; las cinco menos importantes; de las que restan las cinco más fuertes y las cinco menos fuertes (sobre la idea de diez ítems en la primera sesión y diez traídos de su casa).

Después se le pide que ordene las tarjetas de cada montón. Y finalmente se le pide que revise y de valor a todas las tarjetas. Finalmente se comparan los valores actuales con los escritos por detrás. En caso de concordancia, el ítem es definitivamente adscrito a un nivel. En caso de discordancias importantes se discute el ítem con el sujeto antes de su adscripción definitiva.

Como resultado de este proceso se dispone de entre veinte y treinta ítems, de los que seleccionaremos entre diez y quince.

Desensibilización propiamente dicha

Una vez que la persona ha sido entrenada en relajación y se ha construido la jerarquía, se procederá a presentar los ítems al sujeto en imaginación mientras se aplica la relajación.

Previamente conviene asegurarse de que el sujeto es capaz de imaginar vívidamente las escenas. Alguna pista al respecto puede tenerse a partir de la observación del sujeto durante el relato de las secuencias en la entrevista o durante la creación de la jerarquía.

La primera sesión de esta fase sería: conocer si ha practicado la relajación durante toda la semana, pedirle que intente relajarse en ese momento de la sesión. Una vez relajado el sujeto se debe pedir que imagine una escena de la manera más vívida posible, que lo indique con su dedo (una escena neutra) se deja pasar unos segundos. Se le pide que abandone la escena y abra los ojos, a continuación el terapeuta preguntara detalles de la escena, conviene preguntar si la escena crea algún tipo de malestar al imaginarla, esto para asegurarnos de que sea neutra, ya que se puede utilizar más tarde. El terapeuta previamente a la sesión ha de preparar los ítems en tarjetas.

En la izquierda de la tarjeta se debe indicar la fecha, y se anota el ítem con el que se comienza, ha si como con el que se acaba. A la derecha se pone el nivel en USA que figuraba en la jerarquía. En la parte central superior se indica con “/” cada presentación, el “0” con una barra cruzada indica que el sujeto sintió ansiedad alta y se tuvo que detener la presentación, a continuación se suele indicar el nivel de ansiedad subjetiva que sintió el sujeto en ese momento. Es importante llevar este registro para tener un mejor control de todo lo sucedido en la sesión. No obstante el terapeuta debe estar pendiente de observar al sujeto más que de tomar estas anotaciones.

Una vez que constatamos que el sujeto imagina correctamente las escenas podemos pasar a presentar los ítems de la jerarquía.

Es decir, el procedimiento que se ha de seguir implica, en primer lugar, que el sujeto se relaje. Cuando lo hay conseguido se lo indica al terapeuta levantando el dedo

derecho, momento en el que el terapeuta lee de forma pausada el ítem correspondiente. El sujeto debe señalar cuando ha conseguido una imagen vívida levantando el dedo de la mano derecha, tras lo cual ha de seguir imaginándolo durante el tiempo que determine el terapeuta. Si la ansiedad es excesiva “más de 25 USA” el sujeto debe indicarlo levantando los dedos de la mano izquierda. El paciente ha de informar del nivel de ansiedad al finalizar la presentación del ítem. Después de las primeras presentaciones el sujeto se habitúa al procedimiento omitiendo las señales y los informes de ansiedad sin requerimientos precisos del terapeuta.

La primera vez que se presenta un ítem se hará con un intervalo temporal de cinco a siete segundos, tras haberlo imaginado el sujeto. La primera presentación tiene un carácter tentativo. Si el sujeto emite niveles bajos de ansiedad, la siguiente presentación se puede hacer de 10 segundos y después de 15 segundos. En general, cuanto mayor es el tiempo de exposición mayor es la eficacia del procedimiento.

Se ha de continuar presentando el ítem hasta que dos veces consecutivas informe de 0 USAS, tras lo cual se pasará al siguiente ítem. Algunos autores indican que se puede progresar al siguiente ítem de la jerarquía cuando el ítem precedente haya quedado por debajo de quince USAS, sin necesidad de bajarlo a cero, pero ello no supone ningún ahorro de tiempo, ya que las ganancias obtenidas en un ítem previo de la jerarquía se generalizan a los ítems superiores: si el ítem 2, que previamente suscitaba 10 USAS ha quedado a cero, el ítem 3 avanzará más deprisa hacia cero.

Si tras tres o cuatro presentaciones el sujeto sigue dando las mismas respuestas de ansiedad conviene pedirle que describa verbalmente el contenido de la escena que esta imaginando; si el sujeto no ha introducido ninguna deformación, entonces convendrá hacer un ítem o reformular la jerarquía. Es importante que el terapeuta observe las respuestas que va emitiendo el sujeto en cada momento para cortar a tiempo la escena en caso necesario.

La sesión de desensibilización ha de terminar con un ítem desensibilizado al nivel de 0, con el objeto de maximizar la expectativa de éxito del sujeto. Es mejor no presentar nuevos tópicos en la fase final de la sesión, pero si no se ha terminado de

desensibilizar el ítem y el sujeto está cansado o la hora de consulta se terminó entonces se descenderá al último ítem desensibilizado y se acabará la sesión con él haciendo que tras su presentación el sujeto se relaje, para sacarle paulatinamente de la relajación.

La siguiente sesión habrá de comenzar por el último ítem que fue desensibilizado con éxito, ya que así se da una continuidad entre sesiones y se hace frente a una posible recuperación espontánea de la ansiedad ante el estímulo condicionado que es la escena de la jerarquía.

Generalmente dentro de cada sesión se suele trabajar cuatro escenas, la sesión suele tener una duración de 30 a 40 minutos. Debe considerarse que el sujeto necesita un estado de atención fijo y una concentración elevada, por lo que depende del sujeto la duración de la sesión. Hay personas que solo pueden hacer sesiones de desensibilización de 15 minutos mientras hay casos en que se ha llevado a cabo sesiones de tres horas. En una sesión normal de terapia (de en torno a una hora) dará tiempo a:

- a) Revisar las tareas realizadas fuera de la sesión
- b) Relajación inicial y presentación de los ítems
- c) Comentarios de la sesión y tareas para casa.

Como regla general se suele llevar a cabo una o dos sesiones por semana. Aunque según Wolpe el espaciamiento de las sesiones es indiferente, ya que informa de casos en que se ha aplicado de forma masiva, haciendo dos y hasta cuatro sesiones diarias, así como de casos en que el tratamiento se ha espaciado por semanas sin que hubiera cambios entre sesiones.

Con el objeto de fomentar la generalización se puede diseñar tareas para realizar fuera de la sesión, que implique la exposición a los estímulos ansiógenos reales sin embargo, el sujeto solo ha de exponerse a estímulos de nivel jerárquico inferior a los que se han desensibilizado en la sesión, ya que si se expone a estímulos de mayor intensidad puede reacondicionarse el miedo y retroceder en la progresión del tratamiento.

Solo se deben indicar estas tareas cuando el sujeto haya llegado a niveles medios o altos de la desensibilización, pero sino se está seguro de que las situaciones a que se expondrá el sujeto no excederán el nivel de ansiedad fijado, es mejor no llevar acabo las actividades in vivo hasta completar la jerarquía en imaginación.

2.3.3 TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

2.3.3.1 Estrés

El estrés es una etapa por la que todas las personas pasan por algún momento de su vida, además que es de origen fisiológico para poder mantener una homeostasis en nuestro cuerpo, hablando así de un estrés positivo. Es un mecanismo psicofisiológico, es decir una respuesta fisiológica y psicológica del organismo ante un estímulo estresor (Hans Selye, 1935)

Hans Selye (1926), empezó a desarrollar su famosa teoría acerca de la influencia del estrés en la capacidad de las personas para enfrentarse o adaptarse a las consecuencias de lesiones o enfermedades. Descubrió que pacientes con variedad de dolencias manifestaban muchos síntomas similares, los cuales podían ser atribuidos a los esfuerzos del organismo para responder al estrés de estar enfermo. Él llamó a esta colección de síntomas Síndrome del estrés, o Síndrome de Adaptación General, en si su modelo se centra básicamente en los correlatos biológicos, fisiológicos y psicósomáticos de la respuesta ante el estrés. (Valera, Pol, & Vidal, s.f.)

Richard Lazarus, se centra básicamente en los procesos cognitivos que se desarrollan en torno a una situación estresante. Para el autor la experiencia estresante resulta de las transacciones entre la persona y el entorno, estas transacciones dependen del impacto del estresor ambiental, impacto mediatizado en primer lugar por las evaluaciones que hace la persona del estresor y, en segundo lugar, por los recursos personales, sociales o culturales disponibles para hacer frente a la situación de estrés. (Lazarus, 1966; Lazarus y Cohen, 1977; Lazarus y Folkman, 1984) citado por (Valera, Pol, & Vidal, s.f.)

Según manifiesta Mitchell (1989) presidente de la International Critical Stress Foundation, el estar expuesto en las labores de triaje de una empresa, a cadáveres

seriamente mutilados, restos humanos esparcidos o calcinados, el trabajo en ambientes altamente tóxicos, o de alto riesgo tienen consecuencias graves en la salud física y mental de los integrantes de un equipo de rescate o bomberos. (Valero, 2002)

2.3.3.2 Tipos de estrés

Según estableció Hans Selye (citado por Naranjo, 2009) “algo de estrés es esencial y saludable; la cantidad optima de estrés es ideal, pero demasiado estrés es dañino”. Por lo tanto una pequeña cantidad de estrés es necesaria.

En general se considera que existe dos tipos de estrés: Eustrés y Distrés.

Un estrés excesivo debido a un estímulo demasiado grande, puede conducir a la angustia; es decir, al **DISTRÉS**. Se rompe la armonía entre el cuerpo y la mente, lo que impide responder de forma adecuada a situaciones cotidianas.

Por otra parte, se utiliza el término **EUSTRÉS**, para definir la situación en la que la buena salud física y el bienestar mental facilitan que el cuerpo en su conjunto adquiera y desarrolle su máximo potencial. El estado de eustrés se asocia con claridad mental y condiciones físicas óptimas. (Naranjo, 2009)

2.3.3.3 Fases del estrés

Según (Toro & Yepes, 2004) nos describe que el Síndrome de adaptación general de acuerdo a Selye (1936, 1976) es un estado mental interno de tensión o excitación, respuesta biológica y psicológica del cuerpo ante un estímulo estresor, que puede ser un evento, un objeto o persona independientemente de si es algo agradable o desagradable. Y existen fases como:

Fase de alarma: El Sistema Simpático se activa, ante una situación de estrés el organismo comienza a desarrollar una serie de alteraciones de origen fisiológico y psicológico, los cuales predisponen para enfrentar la situación estresante.

La aparición de estos síntomas está influenciada por factores, como los parámetros físicos del estímulo ambiental, factores de la persona y el grado de amenaza.

Fase de resistencia: Es la fase de adaptación a la situación estresante, se desarrolla un conjunto de procesos fisiológicos, cognitivos, emocionales y comportamentales destinados a negociar la situación de estrés de la manera menos lesiva para el individuo.

Fase de agotamiento: Si la fase de resistencia fracasa, es decir, si los mecanismos de adaptación ambiental no resultan eficientes se entra en la fase de agotamiento donde los trastornos fisiológicos, psicológicos o psicosociales tienden a ser crónicos o irreversibles.

El estrés crónico origina una excitación permanente en el sistema simpático que prolonga la llamada fase de resistencia, que lentamente disminuye la capacidad de adaptación y altera las funciones de los diferentes sistemas orgánicos, es decir el estrés prolongado enferma. (Valencia, 2014)

2.3.3.4 Estrés en los bomberos

En los bomberos, la exposición a emociones fuertes, se ve intensificada por las condiciones especiales en las que realizar la labor, la vivencia de muertes masivas o personas sufriendo, y el tener que trabajar en situaciones en donde existen el riesgo de amenaza física real para ellos mismo, “implica grandes demandas físicas y psicológicas que ponen a prueba la resistencia, el coraje y las capacidades técnicas de estas personas” según Ventura, Reyes, Moreno, Torres y Gil, 2008; citado por (Salinas, 2012)

La interacción que existe entre bomberos y emergencias, dependiendo del tipo, duración, intensidad y magnitud del evento adverso, es vista por algunos expertos como una fuente generadora de estrés, en donde el bombero se convierte en víctima de lo que percibe durante la atención del acontecimiento traumático. (Ventura, Reyes, Montero, 2008)

Habitualmente los bomberos no reconocen que el servicio y las experiencias de estos acontecimientos, generan algún tipo de afectación.

Letona (2004), señala que los bomberos además de estar expuestos al estrés del evento, también lo están al estrés de ayudar a la “víctima”, lo que produce: desequilibrar los sistemas personales del cuidado que les brinda, además están en riesgo de sufrir secuelas físicas y psicológicas negativas, siendo una de las más notorias el Trastorno de Estrés Postraumático.

Para numerosos autores la responsabilidad sobre la vida y la seguridad de los otros constituye una fuente importante de estrés (Peñacoba y Cols. s.f), citado por (Granado, 2011)

2.3.3.5 Historia del trastorno de estrés postraumático

La exposición a eventos traumáticos y las consecuencias que de ello se derivan no es un fenómeno nuevo. Los seres humanos han estado experimentando tragedias y desastres a lo largo de toda la historia. Evidencias de reacciones emocionales postraumáticas datan del siglo sexto antes de Jesucristo y se fundamentan en las reacciones de los soldados durante el combate según manifiesta Holmes (1985) citado por (Puchol, 2001).

Las personas que han sido víctimas de sucesos aversivos y que han sido expuestos a un acontecimiento estresante o que a su vez este evento haya sido extremadamente traumático, pueden sufrir un Trastorno de Estrés Postraumático, desde este punto parte la historia de este trastorno, los mismos que se basan en los síntomas que se generaron en los soldados que evidenciaron y que fueron participes de las guerras, siendo indudable las respuestas emocionales fuertes que se generaron de los sucesos graves, angustiosos al que participaron. El desarrollo del concepto de Trastorno de Estrés Postraumático está vinculado directamente con la historia misma de la Guerra de acuerdo a Albuquerque (1992) citado por (Navarro, y otros, 2000)

Las primeras descripciones fueron realizadas por el medico Jacob Da Costa en su trabajo “On Irritable Heart”, publicado en 1871, donde comunicó los síntomas cardiacos autonómicos que observó en los soldados durante la Guerra civil norteamericana. Años más tarde, se observó que los rescatistas de los sobrevivientes

de las explosiones ocurridas en Toulon en 1907 y 1911 revivían las escenas de catástrofe, con sueños terroríficos, ansiedad, fatiga y varias fobias menores.

Durante la primera guerra mundial se acuñaron los nombres de “neurosis de guerra” y “conmoción por bombardeo” para describir los cuadros de angustia e hiperexcitación que presentaban los soldados sobrevivientes y más tarde, después de la segunda Guerra Mundial se acuñaron los nombres de “neurosis de combate”, o “fatiga operativa”, para designar los síntomas que presentaban los combatientes, como irritabilidad, fatiga, dificultades para dormir, reacciones de hiperalerta, dificultades en la concentración, confusión mental, preocupación por las experiencias de combate, pesadillas, fobias, cambios de personalidad e incremento del alcoholismo. Durante muchos años se aceptó que los síntomas se presentan exclusivamente en el personal de las fuerzas armadas y solamente en las últimas décadas se pudo demostrar que cualquier individuo, que sea vulnerable, puede presentar un Trastorno de Estrés Postraumático.

El Trastorno de Estrés Postraumático, se lo incluye en el DSM IV en la clasificación de los Trastornos de Ansiedad, donde señala que puede manifestarse ante situaciones o eventos estresantes que se encuentran totalmente fuera del ámbito de experiencias cotidianas y pueden conducir a un cuadro de alteraciones que, a menudo, persisten durante años. A partir de la década de los años 70 el programa de salud mental de la Organización Mundial de la Salud trabajó en el proyecto destinado a mejorar el diagnóstico y la clasificación de los Trastornos mentales (CIE10), es así como al Trastorno de Estrés Postraumático lo incluye dentro del F43, Reacciones a estrés grave y Trastornos de adaptación. (OMS, 1992)

2.3.3.6 Trastorno de estrés postraumático

El Trastorno por Estrés Postraumático hace parte de los trastornos de ansiedad y se define como:

“Un cuadro clínico por el cual coexisten tres síntomas: la re-experiencia y evitación de la situación traumática y un aumento en la activación y respuesta ante los estímulos ambientales, síntomas que han durado por los menos un mes, después de

un evento traumático, que represento para el individuo un peligro real para su vida o una amenaza para su integridad física. El paciente refiere un acontecimiento en el cual presencié muertes inesperadas o violentas, sufrió daño serio, estuvo en peligro de muerte sufrió heridas graves, evento que vivió con miedo, temor, impotencia, desesperanza y horror. Además recuerda y reexperimenta persistentemente acontecimientos del evento traumático a través de pensamientos mientras está despierto o tiene sueños angustiosos sobre el tema y evita en forma permanente, los estímulos asociados con el evento o que puedan recordarle la situación traumática.” (Toro G, 2004, p.219)

El TEP aumenta también el riesgo de abuso y dependencia de diferentes drogas (Chilcoat y Breslau, 1998). En este contexto, la hipótesis de la “automedicación”, sugiere que el uso de sustancias psicoactivas en sujetos traumatizados se relacionaría con el alivio de las memorias traumáticas y otros síntomas psicológicamente dolorosos del Trastorno de Estrés Postraumático según Khantzian, (1985) citado por (Navarro, y otros, 2000)

En muchos de los casos no remite de una forma espontánea, sino lo hace con el transcurso del tiempo, e incluso la mayoría de personas que enfrentan lo mismo se encuentran desenvolviéndose de forma natural en sus actividades de la vida diaria. Los recuerdos traumáticos permanecen almacenados durante años en los cerebros de personas que vivieron situaciones dramáticas y la presentación de estímulos sensoriales simples como olores, sonidos o imágenes relacionadas con el evento traumático puede provocar una fuerte activación del recuerdo traumático y flashbacks intensos (Charney et al., 1993) citado por (Navarro, y otros, 2000).

No solo las personas que son protagonistas de este evento traumático pueden desencadenar este trastorno, además también las personas que pudieron presenciar el evento, en el caso de los miembros de cuerpo de bomberos tenemos al personal que trabaja y que cumple su rol de forma diferente en el momento de ejecutar la emergencias, caso es el que cumple el rol de operador, de rescatista, y el líder que maneja a su grupo, designando la tarea de forma individual e inmediata para que la

emergencia se ejecute, es así como siendo o no participe directo o indirecto los bomberos han sido afectados en su integridad psicológica.

2.3.3.7 Criterios para el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático

Dentro del **Manual del CIE10** (OMS, 1992) se trata de un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen).

Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma.

En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de

ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicotrópicas o alcohol puede ser un factor agravante.

El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad.

Pautas para el diagnóstico

Este trastorno no debe ser diagnosticado a menos que no esté totalmente claro que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad. Un diagnóstico "probable" podría aún ser posible si el lapso entre el hecho y el comienzo de los síntomas es mayor de seis meses, con tal de que las manifestaciones clínicas sean típicas y no sea verosímil ningún otro diagnóstico alternativo (por ejemplo, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo o episodio depresivo). Además del trauma, deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados. También suelen estar presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo. (OMS, 1992)

Según las guías de manejo en psiquiatría para este trastorno, describen los síntomas expuestos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM IV TR), por cuanto pensamos están mejor descritos que la Clasificación Internacional de Enfermedades donde el individuo ha estado expuesto a un acontecimiento traumático. (Gomez, Gutierrez, & Perdomo, 2012)

2.3.3.8 Aspectos nucleares

El trastorno de estrés postraumático hace parte de los trastornos de ansiedad y se define como un cuadro clínico en el cual coexisten tres síntomas principales, de los cuales los mismos han durado un mes después del evento traumático, y representó para el individuo un peligro real para su vida o una amenaza para la integridad física, estos son:

- a) La re-experiencia
- b) Evitación de la situación traumática
- c) Un aumento en la activación y respuesta ante los estímulos ambientales.

(Toro & Yepes, 2004)

Belloch, Sandin & Ramos (1998), mencionan: estos síntomas pueden ser variables de unas personas a otras, pero son los aspectos nucleares que en mayor o en menor medida, se repiten de forma constante. En primer lugar, las víctimas suelen revivir intensamente la agresión sufrida o la experiencia vivida en forma de imágenes y recuerdos constantes involuntarios –flashbacks- y de pesadillas, así como un malestar psicológico profundo y de una hiperactividad fisiológica ante los estímulos externos e internos vinculados al suceso.

En segundo lugar, las víctimas tienden a evitar o escaparse de los lugares o situaciones asociados al hecho traumático e incluso rechazan pensar voluntariamente y dialogar con los seres queridos sobre lo ocurrido. Y en tercer lugar, las víctimas muestran una respuesta de alarma exagerada, que se manifiesta en dificultades de concentración, e irritabilidad y, especialmente, en problemas para conciliar el sueño.

Todos ellos llevan una interferencia significativa en el funcionamiento social y laboral, a una pérdida de interés por lo que anteriormente resultaba atractivo desde el punto de vista lúdico e interpersonal y un cierto embotamiento afectivo para captar y expresar sentimientos de intimidad y ternura.

La pérdida de interés puede presentarse de una forma aún más complicada si este cuadro clínico aparece asociado a la depresión (Foa, Steketee y Rothbaum, 1989).

2.3.3.9 Tipos de gravedad del trastorno de estrés postraumático

Según (Belloch, Sandín, & Ramos, 1998) manifiestan que dentro del DSM IV (APA 1994), un diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático requiere la presencia de los síntomas durante un periodo superior a un mes. En caso contrario, se considera como un Trastorno de Estrés Agudo que, dentro de ciertos límites temporales, puede tratarse incluso de una reacción adaptativa ante el suceso experimentado.

Desde la perspectiva psicopatológica, el Trastorno de Estrés Postraumático puede presentarse de una forma aguda, cuando la antigüedad de los síntomas es inferior a tres meses, o de una forma crónica, cuando la duración de los mismos es superior a este período temporal.

Una variante adicional es la presentación de este trastorno con un comienzo diferido, que se caracteriza por el inicio de los síntomas mucho tiempo después, al menos seis meses de haber sufrido el trauma.

Las variables de las que depende el comienzo diferido del Trastorno de Estrés Postraumático, incluso diez o quince años después de ocurrido el suceso aversivo, que puede darse en un 30-50 por 100 de todos los pacientes.

Si bien los síntomas de este cuadro clínico, especialmente la evitación, parecen estar presentes desde el principio, aunque de una forma atenuada, algunas situaciones nuevas, como el establecimiento por vez primera de una relación de pareja en las víctimas de abuso sexual en la infancia, algunos estresores de la vida adulta, el divorcio, la pérdida del empleo, o las vicisitudes del envejecimiento, la pérdida de los padres, el abandono del hogar por parte de los hijos, la jubilación anticipada, el aumento de la incapacidad y las enfermedades crónicas, etc., pueden actuar como sucesos desencadenantes que reactivan el Trastorno de Estrés Postraumático latente. (Corral et al, 1992)

2.3.3.10 Comorbilidad

Como describen (Belloch, Sandín, & Ramos, 1998), la comorbilidad del Trastorno de Estrés Postraumático es muy alta, tanto si se estudia en investigaciones

epidemiológicas como si se constata en nuestras clínicas en centros de tratamiento (Davidson y Foa, 1991).

La comorbilidad exageradamente alta de este cuadro clínico puede ser fruto de la imprecisión de los límites de otras entidades nosológicas, así como de la definición misma del trastorno.

Respecto a las relaciones fronterizas con otros cuadros clínicos, el Trastorno de Estrés Postraumático puede tener unos límites pocos precisos y estar relacionado con categorías psicopatológicas muy diversas. Entre ex combatientes la depresión, el alcoholismo, la dependencia a otras drogas, las conductas antisociales y el trastorno de control de los impulsos son los cuadros clínicos que aparecen con más frecuencia en pacientes aquejados de este cuadro clínico (Albuquerque, 1992).

Por lo que se refiere a la definición poco precisa del trastorno, hay una alta comorbilidad de este cuadro clínico con la depresión, el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social y el trastorno obsesivo compulsivo.

La asociación frecuente entre la depresión y el trastorno de estrés postraumático se explica por la presencia en este de algunos síntomas característicos de aquella: la pérdida de interés o de participación en actividades significativas, la sensación de acortamiento del futuro, la evitación de personas o las alteraciones del sueño. Desde esta perspectiva, se puede re conceptualizar el trastorno de estrés postraumático como una variante de la depresión (Keane y Wolfe, 1990).

Suele haber un solapamiento frecuente de los síntomas señalados en el criterio D: hiperactivación psicofisiológica, con el trastorno de ansiedad generalizada; así mismo con la fobia social con la evitación de personas, según el criterio C2; y por último, con el trastorno obsesivo-compulsivo: recuerdos desagradables, recurrentes e intrusivos; según el criterio B1 (Meyer y Kranzler, 1990).

Quizá estas altas tasas de comorbilidad serían menores si se acotase conceptualmente el Trastorno de Estrés Postraumático y se limitará los síntomas a los

que son más específicos de este trastorno: las pesadillas, la re experimentación de imágenes, la respuesta de alarma y la hipervigilancia (Davidson y Foa, 1991).

No obstante, este no es el camino seguido por el DSM IV (APA, 1994), que opta por la inclusión de síntomas no específicos: por ejemplo, la pérdida de interés, la sensación de acortamiento del futuro o las alteraciones del sueño.

2.3.3.11 Tratamiento

Según Gómez, Gutiérrez, & Perdomo (2012, p.223-224), hay tres intervenciones que se toma en cuenta en un tratamiento:

Intervención Temprana: comprende en brindar información sobre la reacción psicológica y síntomas que suelen seguir el trauma, promover catarsis, restaurar los pensamientos irracionales que provocan sentimientos negativos.

Intervención Farmacológica: Para la reducción de síntomas generales se debe administrar, con cierta utilidad, la mirtazapina, amitriptilina y fenelzina. Se han demostrado ciertas respuestas para las pesadillas con prazosina.

Intervenciones Posteriores: La terapia cognitivo-comportamental centrada en el trauma, la desensibilización y el reprocesamiento por movimientos oculares y el manejo de estrés, son intervenciones que ha demostrado eficacia para el tratamiento de Trastorno de Estrés Postraumático.

Según Toro & Yepes (2004, p.223), existen otro tipo de intervenciones, que se toma encuentra dentro de un tratamiento para Trastorno de Estrés Postraumático:

Terapia Cognitivo- Comportamental: Incluyen programas de tratamiento como: terapia de exposición, técnicas de manejo y direccionamiento de la ansiedad. Procedimientos de la re-estructuración cognitiva y la combinación de estos programas, dentro de este último abarcaría la desensibilización sistemática y por último la técnica de movimiento de ojos y desensibilización son también terapias consideradas dentro de este tratamiento.

Desensibilización Sistemática: Esta técnica se basa en eliminar las conductas motoras de evitación y además las respuestas de ansiedad, con un estado de relajación

del individuo. Partiéndolo desde intervención directa con el individuo para conocer acerca del acontecimiento traumático, posteriormente un entrenamiento en relajación para a continuación trabajar en jerarquías, las mismas que después se trabajan en conjunto con la imaginación para reducir los síntomas del paciente.

2.4 MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICO

2.4.1 Intervención

La técnica utilizada se distribuye en un período establecido entre el mes de mayo y junio del 2015, debido a que se utilizara la rotación correspondiente al cronograma aprobado por Talento Humano se utiliza una población de 36, los cuales se encuentran en repartidos en las 3 compañías de bomberos. De esta población después de los resultados de la escala se obtiene una muestra de 12 bomberos que presentan la sintomatología correspondiente. Con los mismos se establece una intervención individual en los días de guardia (rotaciones cada tres días) teniendo así un total de 9 sesiones desde el 03 de mayo hasta el 14 de junio, asistiendo a cada compañía de domingo a domingo, las cuales pueden o no extenderse debido a cambios o llamadas de emergencia en la hora de terapia.

La duración de la sesión es de 40 a 60 minutos que solían extenderse o cumplirse hasta hora y media dependiendo de las reacción de cada paciente ante la técnica.

Los materiales utilizados durante todo el proceso fueron: historias clínicas, hojas de evolución y asistencia, tarjetas de jerarquía, música relajante, silla o cama.

2.4.2 Detalle de sesiones

Sesión 1: Se realiza el encuadre y las historias clínicas, con el objetivo de recopilar información necesaria para el conocimiento del terapeuta sobre su desarrollo en años anteriores, los posibles motivos de inicio del trastorno, su dinámica familiar y aspectos informativos de su trabajo y relación laboral.

Sesión 2: Finalización de las historias clínicas, con el objetivo de culminar la recopilación de la información. En víctimas afectadas por este trastorno permitirá

brindar información sobre la reacción psicológica y síntomas que suelen seguir al trauma.

Sesión 3: Se inicia con la presentación de la técnica al cliente, con el objetivo de exponer sobre la misma al sujeto para una correcta aplicación de la Desensibilización Sistemática mediante una explicación para motivarlo y hacerle comprender la estrategia básica y los principios de la eficacia de la técnica. La comunicación con el terapeuta durante la presentación de los ítems es primordial (dudas sobre funcionamiento de un ítem y práctica con alguno).

Sesión 4: Se realiza el entrenamiento en relajación, con el objetivo de enseñar al paciente a controlar su propio nivel de activación sin ayuda de otros recursos externos y pueda utilizarles en cualquier tipo de situación que se le presente.

Sesión 5: Se inicia la construcción de la jerarquía de ansiedad con el objetivo de registrar las diferentes situaciones o escenas que producen la sintomatología del trastorno en el paciente. Para evidenciar el nivel de relajación que el sujeto va adquiriendo, según el registro que vayan obteniendo. Se le pide al sujeto una lista de estímulos que susciten ansiedad, los mismo que deben ser ordenados según el nivel de ansiedad que provocan, posteriormente serán evaluados conjuntamente con el terapeuta para ordenarlos de acuerdo al criterio del sujeto, generalmente las jerarquías llevan de 10 a 15 ítems.

Sesión 6: Iniciamos con la desensibilización propiamente dicha, con el objetivo de registrar las diferentes situaciones o escenas que producen la sintomatología del trastorno en el paciente. Proporcionando al sujeto una aproximación metal a la situación o situaciones que produce altos niveles de ansiedad para que mediante la guía del terapeuta se realice un reaprendizaje disminuyendo o eliminando reacciones ansiógenas.

Sesión 7: Se continúa con la desensibilización propiamente dicha, con el objetivo de realizar una segunda sesión de la aplicación del apartado descrito anteriormente. En general los pacientes comentaron que gracias a esta técnica pudieron notar el

estancamiento u conflicto que habían desarrollado y no le dieron la importancia adecuada en su momento.

Sesión 8: Se finaliza la última sesión de desensibilización sistemática propiamente dicha, con el objetivo de que al ser una sesión final esta vez ir comparando resultados finales a través de visualizaciones cada vez más breves ya que se fue puntuando las situaciones con una graduación inferior, en muchos casos casi nula.

Sesión 9: Se realiza el cierre terapéutico y aplicación de retest, con el objetivo de identificar los avances, las experiencias personales y comentarios sobre el provecho de la intervención terapéutica, para que el cierre se desarrolle de una manera que no perjudique al sujeto, a través de un conversatorio individual. Hay que recordar que esta fecha fue tentativa porque en la realidad se fue alargando el tiempo propuesto y cada cierre terapéutico fue en diferente fecha con cada paciente.

2.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Adaptación: Acción y efecto de adaptar o adaptarse. (Ghiglioni, 2002)

Amitriptilina: Medicamento antidepresivo de la clase de tricíclicos, cristalino de color blanco, inodoro, con cierto sabor a regaliz, soluble en agua y usualmente presentado en forma de comprimidos. (Wikipedia, 2015)

Anhedonia: Incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades. Se considera una falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros. Constituye uno de los síntomas o indicadores más claros de depresión, aunque puede estar presente en otros trastornos, como por ejemplo, en algunos casos de demencias. (Wikipedia, 2015)

Arousal: Se define como una activación general fisiológica y psicológica del organismo, la cual se presenta en forma de intensidades variables a lo largo de un continuo que se observa desde el sueño profundo hasta el frenesí, pánico o cólera intensa. (Wightman, 2014)

Asténico: Pertenciente a la astenia, que padece astenia. (Sopena, 1995)

Ansiógeno: Factor que genera ansiedad. (Glosarios, 2012)

Autógeno: Que se origina o engendra a sí mismo. (Farlex, 2007)

Biofeedback: El biofeedback es una técnica que se emplea para controlar las funciones fisiológicas del organismo humano, mediante la utilización de un sistema de retroalimentación que informa al sujeto del estado de la función que se desea controlar de manera voluntaria. (Wikipedia, 2015)

Comorbilidad: Se refiere a dos conceptos, la presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario. (Fenstern, 1970)

Condicionamiento: Convenir una cosa con otra, hacer depender una cosa de alguna condición. (Sopena, 1995)

Electromiográfico: Electromiografía (EMG) es una técnica para la evaluación y registro de la actividad eléctrica producida por los músculos esqueléticos. El EMG se desarrolla utilizando un instrumento médico llamado *electromiógrafo*, para producir un registro llamado *electromiograma*. Un electromiógrafo detecta la diferencia de potencial eléctrico que activa las células musculares, cuando éstas son activadas neuralmente o eléctricamente, las señales pueden ser analizadas para detectar anomalías y el nivel de activación o analizar la biomecánica del movimiento de un humano o un animal. (Wikipedia, 2015)

Estímulos: Incitamiento para obrar o funcionar. (Sopena, 1995)

Escepticismo: Doctrina filosófica que niega la existencia de la verdad o la capacidad del hombre para conocerla, incredulidad o duda acerca de la verdad o eficacia de una cosa. (Sopena, 1995)

Fenelzina: Un inhibidor de la monoamino oxidasa, que se utiliza como antidepresivo. (Wikipedia, 2015)

Flashback: Un “flashback” es un recuerdo repentino y real de un “mal viaje”, que puede ser realmente aterrador, causando algunas veces problemas de salud mental. No hay manera de prevenir la aparición de “flashbacks”. (Psicolupita-blogspot, 2008).

Habitación: La habitación se refiere al proceso por el que, ante un estímulo repetido, la respuesta es cada vez menos intensa. La habitación se puede considerar la forma más primitiva de aprendizaje, y se da en todos los niveles

del organismo, desde el celular hasta el psicológico. Un ejemplo típico se da cuando se trabaja en un ambiente ruidoso: la habituación al ruido produce que este se perciba como menos intenso de lo que es. (Wikipedia, 2015)

Hipnótico: Relativo al hipnotismo, medicamento que se da para producir sueño. (Sopena, 1995)

Homeostasis: Conjunto de fenómenos de autorregulación que llevan al mantenimiento de la constancia en las propiedades y la composición del medio interno de un organismo. El concepto fue elaborado por el fisiólogo estadounidense Walter Bradford Cannon (1871–1945).

Idiosincrásico: Índole de temperamento y carácter de cada persona. (Ghiglioni, 2002).

Inhibidor: Suspender transitoriamente una función o actividad del organismo mediante la acción de un estímulo adecuado. (Sopena, 1995)

Insomnio: Vigilia, desvelo, dificultad para dormir. (Ghiglioni, 2002)

Meditación: Acción y efecto de meditar. (Ghiglioni, 2002)

Miedo: Perturbación angustiosa por un riesgo o mal real o imaginario. Aprensión, recelo. (Ghiglioni, 2002)

Mirtazapina : Es un antidepresivo de estructura tetracíclica y clasificado como un antidepresivo noradrenérgico y serotoninérgico específico. (Wikipedia, 2015)

Paradigma: Ejemplo o modelo. Conjunto virtual de elementos que pueden aparecer en un mismo contexto y en el mismo lugar. (Ghiglioni, 2002)

Psicofisiología: Una de las ramas más antiguas de la Psicología, estudia la relación entre los procesos orgánicos y la conducta, buscando establecer cuáles son las estructuras que median entre fenómenos psíquicos y físicos. (Psicología, 2015)

Psicosomático: Trastorno psicológico que genera un efecto físico, provocando alguna consecuencia en el organismo. Puede decirse, por lo tanto, que una afección psicósomática se origina en la psiquis y después ejerce una cierta influencia en el cuerpo. (Definiciones, 2015)

Relajación: Acción de relajar o relajarse. (Sopena, 1995)

Técnica: Conjunto de procedimientos de un arte o ciencia, pericia o habilidad para usar esos procedimientos. (Sopena, 1995)

Trascendental: Que se comunica o extiende a otras cosas. Que es de mucha importancia o gravedad por sus consecuencias. (Sopena, 1995)

Vívido: Sentir profundamente lo que se hace o disfrutar con ello. Mantenerse en la memoria una persona que ya ha muerto o una cosa pasada. Se aplica a la descripción o recuerdo que tiene una gran fuerza y claridad, como si estuviera ante los ojos y sucediendo en ese momento. (WordReference, 2015)

Yoga: El yoga (del sánscrito *yoga* 'unión') se refiere a una tradicional disciplina física y mental que se originó en la India. La palabra se asocia con prácticas de meditación en el hinduismo, el budismo y el jainismo. (Wikipedia, 2015)

2.6 HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.6.1 Hipótesis

La Desensibilización Sistemática disminuye la sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático en los miembros del Cuerpo de Bomberos de la Compañía 26 de junio.

2.6.2 VARIABLES

Variable Independiente: Desensibilización Sistemática

Variable Dependiente: Trastorno de Estrés Postraumático

2.6.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	CATEGORIAS	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Variable Independiente Desensibilización Sistemática	Es una técnica dirigida fundamentalmente a reducir las respuestas de ansiedad y a la vez eliminar las conductas motoras de evitación. Wolpe, 1958 (citado por Labrador, Manual de Técnicas de Modificación de Conducta, 1997)	-Técnica -Reducción -Ansiedad	-Relajación -Jerarquía de ansiedad -Desensibilización propiamente dicha	Técnica: -Observación Clínica Instrumento: -Ficha de seguimiento terapéutico
Variable Dependiente Trastorno de Estrés Postraumático	Es un cuadro clínico en el cual coexisten tres síntomas: la re-experiencia y evitación de las situaciones traumáticas y un aumento de la activación y respuesta ante los estímulos ambientales, síntomas que han durado por lo menos un mes, después de un evento traumático, que representó para el individuo un peligro	-Cuadro clínico -Síntomas -Evento Traumático	-Re-experiencia -Evitación -Aumento de la activación	Técnica: -Reactivo Psicológico Instrumento: -Escala de Gravedad de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático. (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta, & Sarasúa, 1997)

	real para su vida o una amenaza para su integridad física (Jorge Tellez Vargas y Jorge Forero Vargas, Psiquiatría de Toro y Yepes,2004)			
--	--	--	--	--

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 MÉTODO

3.1.1 Método Científico

A medida del desarrollo de la investigación se explica los fenómenos psíquicos, conductuales y emocionales frente a las situaciones traumáticas vividas por los pacientes para así poder establecer relaciones entre los síntomas y el tratamiento a base de la DS.

3.1.2 Método Clínico

Se basó en el uso de técnicas como la observación para evidenciar la conducta y sintomatología de los bomberos, entrevistas individuales para adquirir mayor información y corroborar la hipótesis, por último aplicación de los test y retest para la comparación de resultados del proceso terapéutico.

3.1.3 Método Psicométrico

Se utilizó instrumentos como la Escala de Gravedad de Síntomas para el TEPT que permitió los resultados cuantitativos correspondientes para determinar la presencia de la patología y su gravedad correspondiente.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.2.1 Investigación Explicativa

Corresponde a una investigación explicativa ya que establece los efectos posteriores de la aplicación de la Desensibilización Sistemática a los pacientes que presentan TEPT.

3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.3.1 Investigación cuasi-experimental

Porque se manipula una variable del estudio en este caso la Desensibilización Sistemática.

3.4 TIPO DE ESTUDIO

3.4.1 Transversal

Este es un estudio transversal porque el desarrollo se dio en un solo momento dentro del periodo correspondiente enero –junio 2015.

3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

La población objeto de investigación son 36 miembros que conforman las rotaciones regulares al momento de las entrevistas iniciales.

Muestra

El número de participantes resultantes de la exploración fueron 12 personas que presentaron sintomatología de Trastorno de Estrés Postraumático confirmada con las entrevistas individuales e historias clínicas.

Criterios de Inclusión

Bomberos que presentan el Trastorno de Estrés Postraumático.

Criterios de Exclusión

Bomberos que no presentan Trastorno de Estrés Postraumático.

3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica:

-Observación Clínica: ya que se observó fenómenos, conductas y síntomas presentes en los Bomberos, permitiendo identificar realidades y acontecimientos traumáticos que mostraron las características del trastorno presentes en los 12 bomberos.

Instrumento:

-Ficha de Seguimiento Terapéutico (ANEXO 9): nos permitió detallar las evoluciones y el registro del desarrollo y resultados de la aplicación de la técnica a cada paciente.

Técnica:

-Reactivo Psicológico: nos facilitó los resultados que evidencian la presencia o ausencia del trastorno en la población estudiada en este caso la muestra con los 12 bomberos.

Instrumento:

-Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (ANEXO): Según manifiesta (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta, & Sarasúa, 1997), es una escala heteroaplicada y que sirve para evaluar los síntomas de este cuadro clínico en víctimas de diferentes sucesos traumáticos.

Consta de 17 ítems, basados en los criterios diagnósticos del DSM IV, con las siguientes escalas: escala global, escala de Reexperimentación, Evitación y Aumento de la Activación.

Validez de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumáticos:

Según manifiesta (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta, & Sarasúa, 1997), esta es una escala heteroaplicada, que consta de 17 ítems, basados en los criterios diagnósticos del DSMIV, y que sirve para evaluar los síntomas de este cuadro clínico en víctimas de diferentes sucesos traumáticos. La aplicación en dos grupos mostro la existencia de la fiabilidad y validez de la escala. El instrumento mostro una estabilidad temporal y una consistencia interna satisfactoria, así como una validez discriminante, convergente y de constructo adecuada. Es sensible al cambio terapéutico, parece un instrumento útil y puede ser e interés para planificar el tratamiento y las investigaciones clínicas. Esta escala heteroaplicada ha sido complementada con dos grupos de sujetos, primero con una muestra clínica con 175 pacientes diagnosticados con el trastorno, basado en los criterios del DSM IV (APA, 1994), y segundo con una muestra normativa de 463 sujetos extraídos de la población normal y elegida aleatoriamente.

Al realizar el diagnóstico de este cuadro clínico se debe especificar si el comienzo ha sido demorado y si el sujeto está en una fase aguda o en una fase crónica. (Echeburua y Corral, 1995). La escala constituye un instrumento diagnóstico del TEPT muy adecuado, que permite además cuantificar la gravedad y la sintomatología del cuadro clínico, y contiene una subescala complementaria de las manifestaciones somáticas del estrés. Desde esta perspectiva la validez de contenido de esta escala, que abarca el 100% del contenido de los criterios diagnósticos del DSM IV pueden considerarse totalmente satisfactorios.

Forma de Administración:

Se puede aplicar de forma individual o grupal, en un tiempo estimado de 10 a 15 minutos. Para el Retest se lo aplicó de forma individual en la última sesión de cierre terapéutico en el Cuerpo de Bomberos de Riobamba, en un espacio adecuado sin estímulos distractores.

Aplicación:

El test se aplica después de la consigna: “Piense unos minutos acerca de la suceso traumático que Ud. vivió, luego trate de recordar hace que tiempo ocurrió, y desde cuando Ud. experimenta el malestar, a continuación lea cada apartado de cada escala y responda según la intensidad y frecuencia de cada ítem:

0: Nada

1: Una vez por semana o menos/Poco

2: De dos a cuatro veces por semana/Bastante

3: Cinco o más veces por semana/Mucho

Debe asegurarse de responder todos los ítems y que se debe marcar con un solo número en cada una de ellas, no hay respuestas correctas o incorrectas solo se evalúa lo que Ud. hizo, pensó o sintió en ese momento.

Forma de Calificación:

La calificación se realiza sumando las respuestas de cada escala de forma individual, recordando que los rangos son:

ESCALA DE REEXPERIMENTACIÓN: 0-15 Puntos; punto de corte: 5

ESCALA DE EVITACIÓN: 0 – 21 Puntos; punto de corte: 6

ESCALA DE AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN: 0-15 Puntos; punto de corte: 4

ESCALA GLOBAL: 0-51 Puntos; punto de corte: 15

También existe una escala complementaria de Las manifestaciones Somáticas de la Ansiedad, pero esta no se toma en cuenta para la puntuación, sirve de información adicional para el terapeuta.

Después de obtenido los puntajes respectivos, los colocamos en la tabla final de Gravedad del Trastorno.

Gravedad:

De acuerdo a la respuesta de cada paciente al inicio del test acerca del tiempo que experimenta el malestar se especificará así:

-Agudo: síntomas de 1 a 3 meses

-Crónico: síntomas más de 3 meses

-Con inicio demorado: síntomas a partir de los 6 meses

Interpretación:

De acuerdo a la escala global, se detecta presencia de Trastorno de Estrés Postraumático si la puntuación es mayor o igual al punto de corte en todas las escalas.

3.7 TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- a) Se recopiló contenido científico relacionado con el tema que fue objeto de estudio.

- b) Se identificó el grupo de bomberos que cumplían los criterios de inclusión para el Trastorno de Estrés Postraumático y su posterior desarrollo en la investigación.
- c) Se revisó de una manera metódica la información obtenida para evitar información incorrecta, discordante o sin validez.
- d) Se intervino mediante un plan psicoterapéutico para el desarrollo del tratamiento.
- e) Se efectuó la tabulación de la información obtenida, según las variables del tema a tratar, mediante la estadística seleccionada representada gráficamente a través de pasteles o histogramas y se realizó el respectivo análisis e interpretación.
- f) Se desarrolló un estudio estadístico para la presentación de resultados.
- g) Se analizó los resultados de acuerdo a los objetivos e hipótesis.
- h) Se realizó la interpretación de los resultados.
- i) Se determinó conclusiones y recomendaciones.

3.8 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.8.1. ANÁLISIS DE LAS SITUACIONES TRAUMÁTICAS VIVIDAS POR LOS BOMBEROS

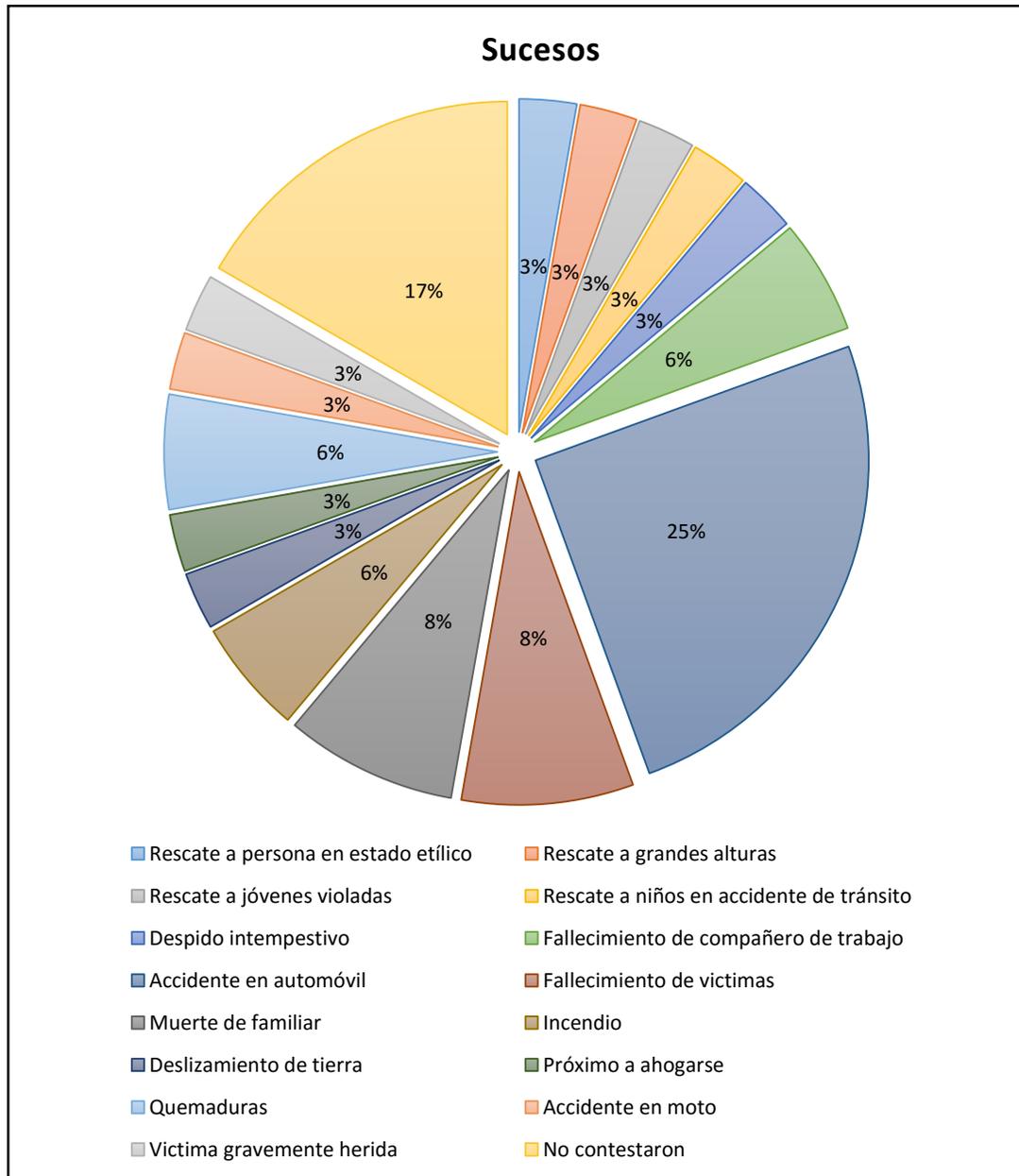
Tabla no. 1: Sucesos vividos por los bomberos

	FRECUENCIA (f)	FRECUENCIA (%)
	ABSOLUTA	PORCENTUAL
Rescate a persona en estado etílico	1	0,36
Rescate a grandes alturas	1	0,36
Rescate a jóvenes violadas	1	0,36
Rescate a niños en accidente de tránsito	1	0,36
Despido intempestivo	1	0,36
Fallecimiento de compañero de trabajo	2	5,55
Accidente en automóvil	9	25
Fallecimiento de víctimas	3	8,33
Muerte de familiar	3	8,33
Incendio	2	5,55
Deslizamiento de tierra	1	0,36
Próximo a ahogarse	1	0,36
Quemaduras	2	5,55
Accidente en moto	1	0,36
Victima gravemente herida	1	0,36
No contestaron	6	16,66
TOTAL:	36	100%

Fuente: Miembros de la compañía de bomberos.

Elaborado por: Lucía Barahona y Carina Orozco

Gráfico No.1: Sucesos vividos por los bomberos



Fuente: Miembros de la compañía de bomberos.

Elaborado por: Lucía Barahona y Carina Orozco

Análisis: De todos los sucesos se destacan 9 personas que han experimentado accidentes en automóvil correspondiente al 25%, 3 personas han experimentado fallecimiento de víctimas con un 8,3 %, 3 personas han experimentado muerte de un familiar con 8,3 %, 2 personas que han experimentado fallecimiento de compañero de

trabajo con 5,5 %, 2 personas que han participado en Incendios con 5,5% y 2 personas que han experimentado sucesos con quemaduras con un 5,5%.

Interpretación: En los bomberos, la exposición a emociones fuertes, se ve intensificada por las condiciones especiales en las que realizar la labor, la vivencia de muertes masivas o personas sufriendo, y el tener que trabajar en situaciones en donde existen el riesgo de amenaza física real para ellos mismo, “implica grandes demandas físicas y psicológicas que ponen a prueba la resistencia, el coraje y las capacidades técnicas de estas personas” según Ventura, Reyes, Moreno, Torres y Gil, 2008; citado por (Salinas, 2012)

3.8.2 ANÁLISIS DE LA ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

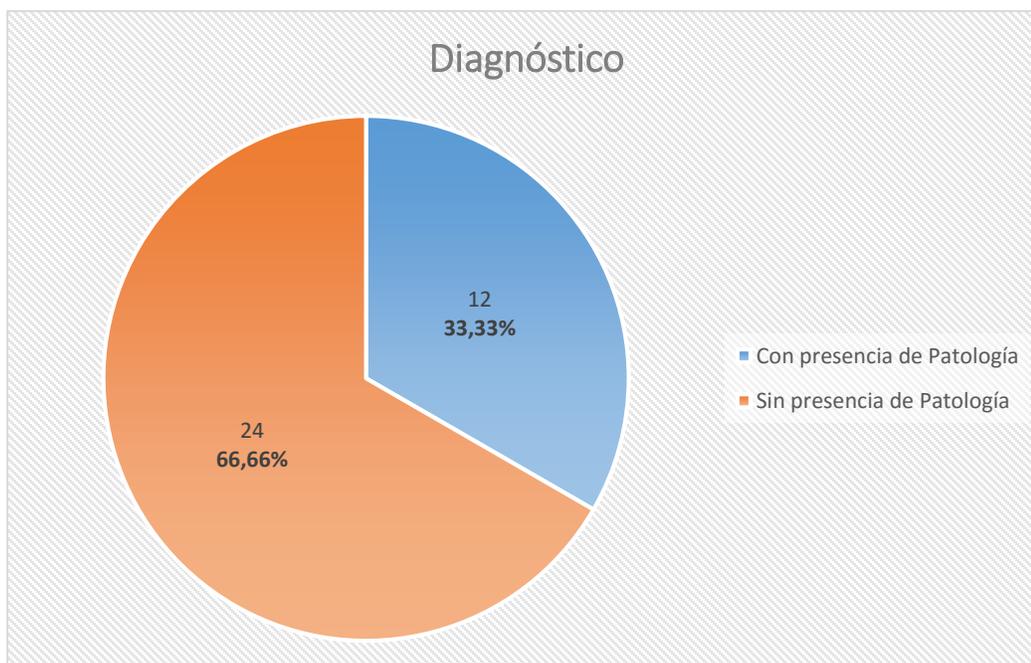
Tabla No. 2: Diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático

	FRECUENCIA ABSOLUTA (f)	FRECUENCIA PORCENTUAL (%)
Con presencia de Patología	12	33,33%
Sin presencia de Patología	24	66,66%
Total:	36	100%

Fuente: Aplicación de la Escala de Gravedad de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático

Elaborado por: Lucía Barahona y Carina Orozco

Gráfico No.2: Diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático



Fuente: Aplicación de la Escala de Gravedad de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático
Elaborado por: Lucía Barahona y Carina Orozco

Análisis: Se pudo determinar que 12 personas es decir el 33% de las 36 exploradas presentan sintomatología de Trastorno de Estrés Postraumático y las 24 restantes que corresponden al 67% que no lo presentan.

Interpretación: De acuerdo al manual del CIE10, el trastorno surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causaría por si misma malestar generalizado en casi todo el mundo.

También según manifiesta Toro es un cuadro clínico en el cual coexiste tres síntomas: la re-experiencia y evitación de la situación traumática y un aumento en la activación y respuesta ante los estímulos ambientales (2004). De acuerdo a lo observado con la población se evidenció la presencia de los tres síntomas globales entre ellos los más repetitivos: alteraciones del sueño, irritabilidad, falta de concentración, evitación de ciertas emergencias, embotamiento afectivo, sobresalto, ciertos síntomas fisiológicos como: sudoración, temblor corporal, dolores musculares,

dificultades para recordar escenas del suceso, ideas del futuro negativista. Los cuales se iban mostrando a lo largo de las etapas de la terapia, siendo más evidentes al observador y para el propio paciente en la Desensibilización propiamente dicha.

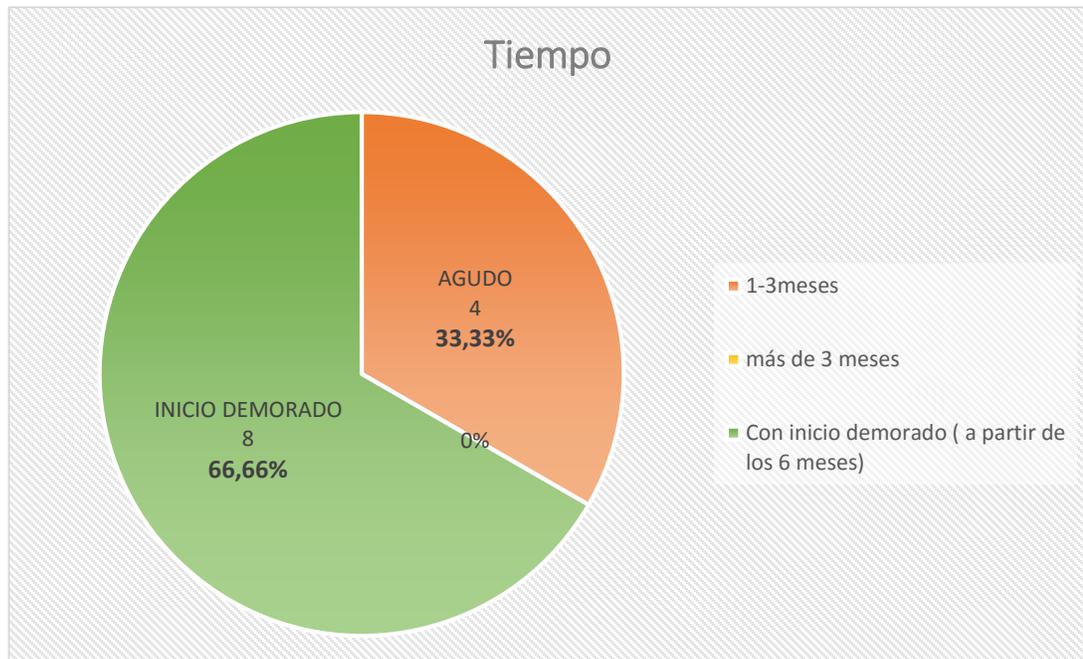
Tabla No. 3: Tiempo que experimenta el malestar

Tiempo	FRECUENCIA ABSOLUTA (f)	FRECUENCIA PORCENTUAL (%)
1-3 meses (Agudo)	4	33,33%
+ 3 meses (Crónico)	0	0%
A partir de los 6 meses (Con inicio demorado)	8	66,66%
Total:	12	100%

Fuente: Aplicación de la Escala de Gravedad de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático

Elaborado por: Lucía Barahona y Carina Orozco

GRÁFICO No.3 Tiempo que experimenta el malestar



Fuente: Aplicación de la Escala de Gravedad de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático

Elaborado por: Lucía Barahona y Carina Orozco

Análisis: Se determina que existen 4 personas de gravedad tipo agudo con el 33% que presentan de 1 a tres meses el malestar, un 0% ha presentado más de tres meses, 8

personas es decir un 67% ha experimentado con inicio demorado (a partir de los 6 meses) de un total de 12 participantes.

Interpretación: Según manifiestas Toro (2004) estos síntomas han durado por los menos un mes, después de un evento traumático. Según el CIE 10, debe aparecer dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad, un diagnóstico "probable" podría aún ser posible si el lapso entre el hecho y el comienzo de los síntomas es mayor de seis meses, con tal de que las manifestaciones clínicas sean típicas. Según Belloch (1998) manifiesta que desde la perspectiva psicopatológica, el Trastorno de Estrés Postraumático puede presentarse de una forma aguda, cuando la antigüedad de los síntomas es inferior a tres meses, o de una forma crónica, cuando la duración de los mismos es superior a este período temporal. Una variante adicional es la presentación de este trastorno con un comienzo diferido, que se caracteriza por el inicio de los síntomas mucho tiempo después, al menos seis meses de haber sufrido el trauma.

De acuerdo a lo observado en los resultados y la intervención individual en la población, existe una prevalencia de agudos e inicio demorado, los mismos que cumplen con la sintomatología que ha sabido manifestarse en ciertos pacientes dentro de los tres meses inmediatos mientras que los demás después de un promedio de seis meses, además que en muchos de los casos los síntomas permanecen desapercibidos, desenvolviéndose de una manera habitual en sus actividades, pero estos afloran en momentos de acudir a emergencias que desencadenan los síntomas del o los sucesos traumáticos.

Tabla No. 5: Reexperimentación de síntomas de TEPT

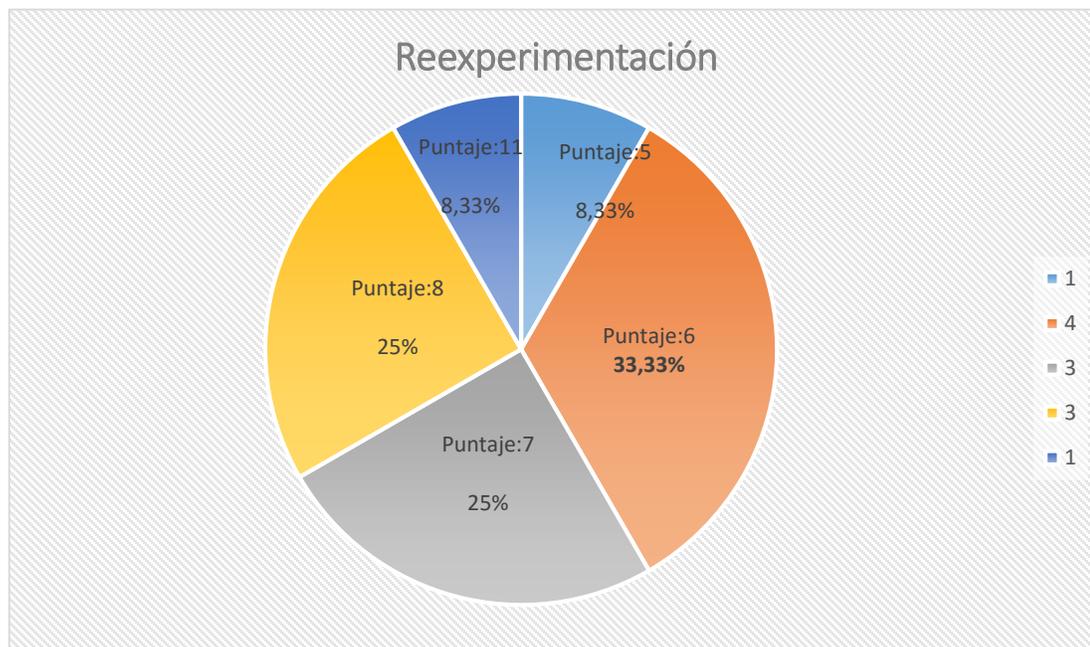
PUNTAJE:	FRECUENCIA ABSOLUTA (f)	FRECUENCIA PORCENTUAL (%)
5	1	8,33%
6	4	33,33%
7	3	25%
8	3	25%

11	1	8,33%
Total:	12	100%

Fuente: Aplicación de la Escala de Gravedad de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático

Elaborado por: Lucía Barahona y Carina Orozco

Gráfico No.5 Reexperimentación de síntomas de TEPT



Fuente: Aplicación de la Escala de Gravedad de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático

Elaborado por: Lucía Barahona y Carina Orozco

Análisis: En el aparatado de re-experimentación: 1 participante (8,3 %) presenta un puntaje de 5, 4 participantes (33,3%) presentan puntaje de 6, 3 participantes (25%) presentan puntaje de 7, 3 participantes (25%) presentan puntaje de 8, y 1 participante (8,3%) presenta puntaje de 11.

Interpretación: Según manifiesta Toro (2004) es un cuadro clínico en el cual coexiste tres síntomas, entre ellos la re-experiencia. De acuerdo a Belloch, Sandín y Ramos (1998) las víctimas suelen revivir intensamente la agresión sufrida o la experiencia vivida en forma de imágenes y recuerdos constantes e involuntarios (Flashback), y de pesadillas así como un malestar psicológico profundo e hiperactividad fisiológica ante estímulos internos y externos vinculados al suceso. De acuerdo a estos síntomas notados en los miembros del cuerpo de bomberos se

observaba y comentaban que producía malestar intenso al momento de ingresar a su día de guardia, la preocupación por el desempeño de sus compañeros y la propia aumentaba al salir a emergencias. Esto era otra de las causas para que existan conflictos laborales.

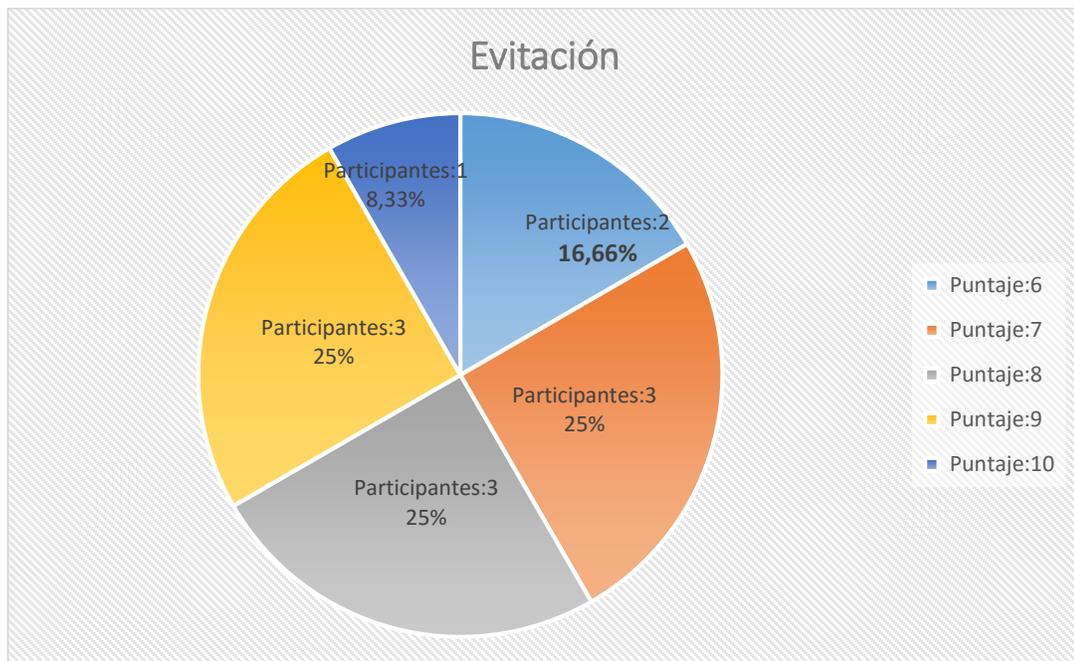
Tabla No. 6: Síntomas de evitación del TEPT

Puntaje de Evitación:	FRECUENCIA ABSOLUTA (f)	FRECUENCIA PORCENTUAL (%)
6	2	16,66%
7	3	25%
8	3	25%
9	3	25%
10	1	8,33%
Total:	12	100%

Fuente: Aplicación de la Escala de Gravedad de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático

Elaborado por: Lucía Barahona y Carina Orozco

Gráfico No. 6 Síntomas de evitación del TEPT



Fuente: Aplicación de la Escala de Gravedad de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático

Elaborado por: Lucía Barahona y Carina Orozco

Análisis: En el aparatado de evitación 1 participante (8,3 %) presenta un puntaje de 10, 3 participantes (25%) presentan puntaje de 9, 3 participantes (25%) presentan puntaje de 8, 3 participantes (25%) presentan puntaje de 7, y 2 participantes (16,6%) presenta puntaje de 6.

Interpretación: Según manifiesta Toro (2004) es un cuadro clínico en el cual coexiste tres síntomas entre ellos el de evitación de la situación traumática.

Las víctimas tienden a evitar o escaparse de los lugares o situaciones asociadas al hecho traumático e incluso rechazan pensar voluntariamente y dialoga con los seres queridos sobre lo ocurrido. (Belloch, Sandín, & Ramos, 1998)

Lo observado en los bomberos fue: incapacidad de recordar ciertas partes del suceso, que se pudo notar en la visualización donde muchos recuperaban ciertas escenas. El dialogo con familiares o personas cercanas sobre cómo sienten y viven esta situación es casi nulo, lo que ha desarrollado malas relaciones familiares, de pareja y falta de vínculo con hijos. Han manifestado en general que después de emergencias que han sido realmente impactantes su manera de canalizar este estrés es a base de consumo inmediato de alcohol que muchas veces lo hacían con el grupo de compañeros de trabajo.

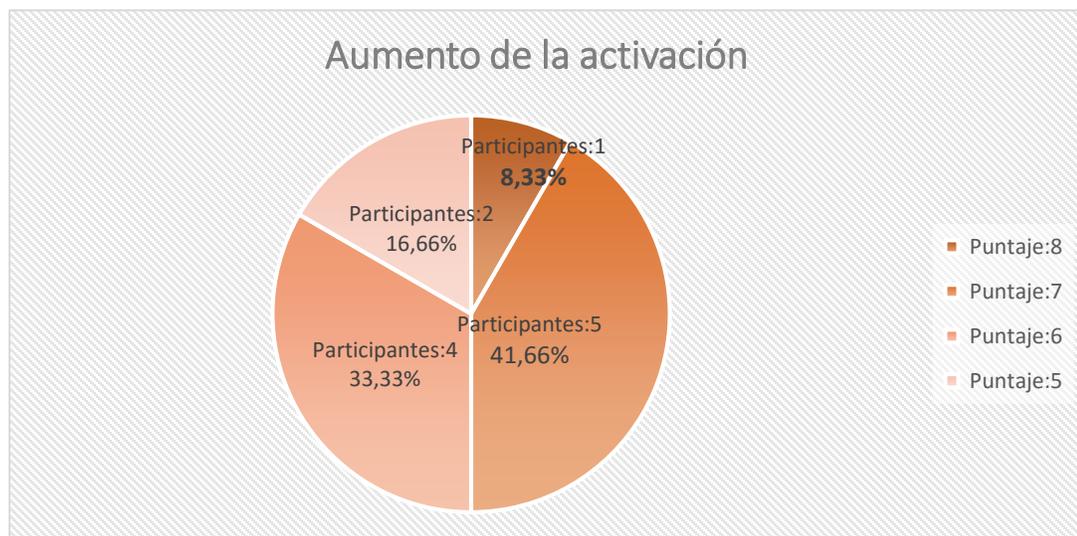
Tabla No. 7: Síntomas de aumento de la activación en el TEPT

Puntaje de Aumento de la Activación:	FRECUENCIA ABSOLUTA (f)	FRECUENCIA PORCENTUAL (%)
8	1	8,33%
7	5	41,66%
6	4	33,33%
5	2	16,66%
Total:	12	100%

Fuente: Aplicación de la Escala de Gravedad de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático

Elaborado por: Lucía Barahona y Carina Orozco

Gráfico No.7 Síntomas de aumento de la activación en el TEPT



Fuente: Aplicación de la Escala de Gravedad de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático
Elaborado por: Lucía Barahona y Carina Orozco

Análisis: En el apartado de aumento de la activación 1 participante (8,3 %) presenta un puntaje de 8 , 5 participantes (41,6%) presentan puntaje de 7, 4 participantes (33,3%) presentan puntaje de 6, y 2 participantes (16,6%) presentan puntaje de 5.

Interpretación: Según manifiesta Toro (2004) es un cuadro clínico en el cual coexisten tres síntomas entre ellos un aumento en la activación y respuesta ante los estímulos ambientales.

Las víctimas muestran una respuesta de alarma exagerada, que se manifiesta en dificultades de concentración e irritabilidad y, especialmente en problemas para conciliar el sueño. (Belloch, Sandín, & Ramos, 1998)

En los 12 bomberos era evidente la presencia de dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad, ciertas explosiones de ira, dificultad para concentrarse, sobresaltos y alarmarse más fácilmente, en especial cuando se escuchaba o esperaba el sonido de la alarma de salida a emergencia, fuera de guardias al momento de dormir, falta de habilidades para practicar la relajación ya que esta requiere de concentración.

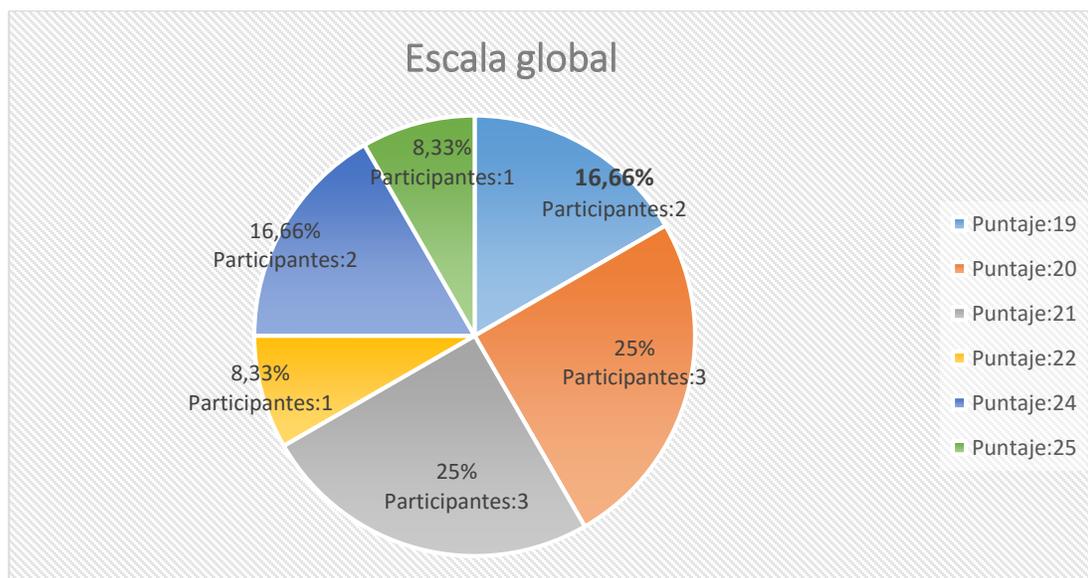
Tabla No. 8: Escala global para diagnóstico de TEPT

PUNTAJE DE ESCALA GLOBAL	FRECUENCIA ABSOLUTA (f)	FRECUENCIA PORCENTUAL (%)
19	2	16,66%
20	3	25%
21	3	25%
22	1	8,33%
24	2	16,66%
25	1	8,33%
Total:	12	100%

Fuente: Aplicación de la Escala de Gravedad de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático

Elaborado por: Lucía Barahona y Carina Orozco

Gráfico No.8 Escala global para diagnóstico de TEPT



Fuente: Aplicación de la Escala de Gravedad de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático

Elaborado por: Lucía Barahona y Carina Orozco

Análisis: En el apartado Escala Global 2 participantes (16,6 %) presenta un puntaje de 19, 3 participantes (25%) presentan puntaje de 20, 3 participantes (25%) presentan puntaje de 21, 1 participante (8,3%) presenta puntaje de 22, y 2

participantes (16,6%) presenta puntaje de 24 y 1 participante (8,3%) presenta un puntaje de 25.

Interpretación: Según manifiesta Toro (2004) es un cuadro clínico en el cual coexiste tres síntomas: la re-experiencia y evitación de la situación traumática y un aumento en la activación y respuesta ante los estímulos ambientales.

De acuerdo al manual del CIE10, el trastorno surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causaría por si misma malestar generalizado en casi todo el mundo.

Belloch, Sandin & Ramos (1998), mencionan: estos síntomas pueden ser variables de unas personas a otras, pero son los aspectos nucleares que en mayor o en menor medida, se repiten de forma constante.

De acuerdo a lo observado con la muestra se evidencio la presencia de estos tres aspectos, variando la sintomatología e intensidad de un paciente a otro. Muchos no eran conscientes que esta sintomatología corresponde a un cuadro clínico como este y que exponerse a estas situaciones traumáticas lo consideraban como algo natural y parte de su vida normal sin darse cuenta de cuanto estaba interfiriendo en su desarrollo personal, familiar y laboral.

3.9 ANÁLISIS DE LA FICHA DE SEGUIMIENTO PSICOTERAPEÚTICO

A través de la ficha de seguimiento, a medida del desarrollo de la técnica se mostró que un reducido número de pacientes mostró resistencia y cuestionamiento sobre la indagación y la aplicación del test inicial para el diagnóstico del TEPT, ya que por ser la primera ocasión de esta investigación sobre psicoterapia individualizada siempre existe preocupación, pero a medida que se explicaba sobre los objetivos desaparecían las ideas erróneas. Se pudo observar al realizar historias clínicas que los pacientes habían afrontado situaciones traumáticas tanto en su trabajo como fuera del este, la mayoría han vivido con estos síntomas durante un considerable tiempo llevándolo y creyéndolo algo normal y cotidiano debido a su trabajo diario, mientras que otros

manifiestan los síntomas hace poco debido a que lo han afrontado hace poco, estando estos síntomas latentes al momento. Otras problemáticas encontradas adyacentes al trastorno han sido consumo de alcohol, sustancias psicotrópicas, tabaco, conductas obsesivas las mismas que se encuentran presentes en áreas como lo laboral, familiar y social. Gran cantidad de pacientes en general presentaron síntomas como: flashbacks, evitación de ciertas emergencias debido al recuerdo que desencadena imágenes sobre la situación, dificultad para dormir, ataques de ira, sensaciones olfativas no presentes y kinestésicas, pesadillas constantes, preocupación intensa e ideas obsesivas sobre la integridad y seguridad de sus familiares durante y después del accidente acudido. Paralelamente existe insensibilidad después de la exposición continua a ciertos accidentes, deformaciones de relaciones familiares (problemas conyugales y relaciones extramatrimoniales). Al aplicar la técnica salió a flote la sintomatología descrita en su máxima expresión acompañada con labilidad emocional y llanto además de afectación fisiológica momentánea. Después de la aplicación de la Técnica de Desensibilización Sistemática se encontró que al exponerse en imaginación continua del suceso existía una disminución de la sintomatología, mostrando una baja de un 55,12% en re-experimentación siendo en general en disminución de sueños desagradables, mejor manejo emocional y fisiológico ante exponerse a situaciones similares al trauma. Dentro de síntomas de evitación se redujo en un 46,87% especialmente en una mejor predisposición a vivir situaciones semejantes en el futuro, mayor positivismo para participar de actividades que permita confrontar lugares y personas que anteriormente se evitaba. Y en lo que corresponde al Aumento de Activación se redujo en un 42,90% manifestando una mejoría en la conciliación del sueño, concentración de actividades, y mejor manejo en ciertos casos de irritabilidad ante situaciones acostumbradas.

3.11 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

En el cuadro No. 10 (pag.96) se realizó la comparación estadística de los resultados obtenidos durante el proceso terapéutico, tanto antes como después de la aplicación de la técnica de DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA, aquí se puede encontrar el Número de Participantes (12 personas). Como primer punto se muestra la Escala

Global que se refiere a la suma de las tres sub-escalas (Re-experimentación, Evitación y Aumento de la Activación) que caracterizan este trastorno, la misma que cumple con un rango de puntuación de 0 a 51.

A continuación se detalla el Punto de Corte de cada escala, **esto se refiere al número que determina que todas aquellas puntuaciones resultantes mayores a esta, establecen la presencia de la patología en cuestión.** También se especifica la puntuación encontrada antes y después de la aplicación terapéutica y finalmente el último apartado muestra los resultados de la Media Aritmética (\bar{X}) de cada Escala con los resultados de la reducción estadística de la sintomatología, teniendo así lo siguiente:

- a) La puntuación obtenida de la Media Aritmética (\bar{X}) **ANTES** de la APLICACIÓN DE LA Técnica referente a la ESCALA GLOBAL es de: 21,16; mientras que la puntuación obtenida de la Media Aritmética (\bar{X}) **DESPUÉS** de la aplicación de la Técnica referente a la ESCALA GLOBAL es de: 12,91. Teniendo un resultado de **REDUCCIÓN** general de los síntomas del Trastorno de 8,25 equivalente a un **39,98 %**.
- b) A continuación se describirá las escalas específicas donde: La puntuación obtenida de la Media Aritmética (\bar{X}) en Reexperimentación **ANTES** es de: 7,8; mientras que la puntuación obtenida **DESPUÉS** es de: 3,5. Teniendo un resultado de **REDUCCIÓN** general de los síntomas de Reexperimentación es de 4,3 equivalente a un **55,12 %**.
- c) La puntuación obtenida de la Media Aritmética (\bar{X}) de Evitación **ANTES** es de: 7,8; mientras que la puntuación obtenida **DESPUÉS** es de: 4,16. Teniendo un resultado de **REDUCCIÓN** general de los síntomas de Evitación de 3,67 equivalente a un **46,87 %**.
- d) La puntuación obtenida de la Media Aritmética (\bar{X}) de **Aumento de la Activación ANTES** es de: 6,41; mientras que la puntuación obtenida **DESPUÉS** es de: 3,66. Teniendo un resultado de **REDUCCIÓN** general de los síntomas de Aumento de la Activación de 2,75 equivalente a un **42,90 %**.

COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

No. De Participantes: 12

	PUNTO DE CORTE	PUNTUACIÓN OBTENIDA EN “LA ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO” ANTES DE LA APLICACIÓN DE LA DESESBILITACIÓN SISTEMÁTICA	PUNTUACIÓN OBTENIDA EN “LA ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO” DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE LA DESESBILITACIÓN SISTEMÁTICA	
ESCALA GLOBAL DE SINTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (Rango 0-51)	15	19 19 20 20 20 21 21 21 22 24 24 25	8 9 9 10 12 13 14 14 15 15 16 20	REDUCCIÓN ENTRE \bar{X} DE TEST Y RETEST:
		$\bar{X} = 21,16$	$\bar{X} = 12,91$	8.25 = 38,98%

ESCALAS ESPECÍFICAS				
REEXPERIMENTACIÓN (Rango 0-15)	5	11	3	REDUCCIÓN ENTRE \bar{X} DE TEST Y RETEST:
		6	4	
		6	6	
		5	4	
		6	3	
		8	3	
		7	3	
		8	3	
		6	4	
		7	3	
		8	3	
		7	3	
		$\bar{X} = 7,8$	$\bar{X} = 3,5$	4,3=55,12%
EVITACIÓN (Rango 0-21)	6	7	3	REDUCCIÓN ENTRE \bar{X} DE TEST Y RETEST:
		8	6	
		9	8	
		8	6	
		7	3	
		6	2	
		8	6	
		9	3	
		7	5	
		9	4	
		6	4	
		10	2	
		$\bar{X} = 7,8$	$\bar{X} = 4,16$	3,67=46,87%

AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN (Rango 0-15)	4	6	4	REDUCCIÓN ENTRE \bar{X} DE TEST Y RETEST:
		5	4	
		6	6	
		7	5	
		7	2	
		7	6	
		5	3	
		8	2	
		6	3	
		6	2	
	7	3		
	7	4		
		$\bar{X} = 6,41$	$\bar{X} = 3,66$	2,75=42,90%

De acuerdo a estos resultados, por lo tanto se demuestra que la Desensibilización Sistemática disminuye la sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático en los miembros del Cuerpo de Bomberos de la compañía 26 de junio.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

1. La eficacia de la Desensibilización Sistemática en el Trastorno de Estrés Postraumático es favorable en un 38,98 % en su Escala Global y en sus tres sub-escalas correspondientes a Re-experimentación con un 55,12%, Evitación en un 46,87%, y en el Aumento de la Activación con un 42,90%.

2. Se identificó la presencia del Trastorno de Estrés Postraumático mediante la aplicación de una Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, y con el respectivo análisis se pudo conocer de 12 personas que presentaban la sintomatología dentro de este cuadro clínico. Siendo evidente en sus tres aspectos principales tanto en Reexperimentación, Evitación y Aumento de la Activación con puntuaciones dentro del rango necesario apoyadas en las entrevistas que se detallan al final (Anexo 7-8). De acuerdo a estos resultados se pudo encontrar que existen más casos con Inicio demorado, pocos casos Agudos y ninguno Crónico, pero estas señales se han mantenido ocultas o guardadas durante años sin causar una afectación significativa en su ambiente laboral debido a que este trastorno no se remitió de forma espontánea observándose que los 12 bomberos se desarrollan de forma natural en sus actividades diarias, pero en ciertos lapsos sus memorias traumáticas se manifestaban ante sencillos estímulos en especial al atender situaciones de emergencia reactivándose estos recuerdos con la misma intensidad causando malestar psicológico.

3. Se aplicó la Técnica propuesta sobre Desensibilización Sistemática la cual desarrolló en cada paciente el entrenamiento en relajación y visualización aplicado a su experiencia personal, notándose que los síntomas del trastorno durante las sesiones eran más evidentes que en otros, especialmente al momento de combinar las escenas vívidas con la relajación. Esta herramienta fue muy eficaz para la terapia ya que permitió que el paciente muestre los síntomas psicofisiológicos sin inhibición.

4. La Desensibilización Sistemática en el Trastorno de Estrés Postraumático es eficaz en la disminución de los síntomas después de una situación traumática incluso si esta ha ocurrido tiempo atrás. Su influencia es favorable ya que crea un desempeño

óptimo en el control de síntomas de la experiencia traumática donde el paciente puede adaptarse de mejor manera ante próximos escenarios análogos. Gracias a la Catarsis su estado de ánimo y su sintomatología mejoran notablemente incluso desde las primeras sesiones, además que se tomó conciencia sobre el impacto que tenía la o las situaciones traumáticas que anteriormente no era aceptadas y confrontadas. (Anexo 7-8)

4.2 RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que se realice un seguimiento terapéutico con una nueva evaluación después de unos seis meses, porque es necesario mantener una continuidad psicoterapéutica, siguiendo los mismos instrumentos y protocolo utilizado ya que fueron eficaces.
2. Dar un estudio y continuidad con un tratamiento personalizado como objetivo primordial, además una intervención grupal periódicamente sería lo esencial para mantener una higiene mental, debido a que se ha podido detectar otros conflictos diferentes a la problemática tratada en este estudio.
3. Continuar este tipo de investigaciones cuasiexperimentales sobre la Técnica de Desensibilización Sistemática, ya sea en otros grupos de bomberos del país como en otros organismos que se encuentren sometidos o expuestos a situaciones altamente estresantes como: grupos armados, grupos de rescate o grupos que brindan auxilios en emergencias. Por otro lado pueden resultar beneficiados grupos de víctimas primarias de situaciones de violencia o accidentes trágicos.
4. Al ser eficaz esta aplicación se recomienda réplicas para continuar en este tipo de instituciones donde la disponibilidad de tiempo es corto, además que ayudará a la socialización y mayor confianza entre compañeros a través de los oficiales de guardia, quienes serían encargados de organizar un horario aplicado a los momentos disponibles y designar actividades individuales para compartir con el grupo a través de exposiciones para transmitir lo aprendido.
5. Debería incluirse en el equipo multidisciplinario la participación de un psicólogo clínico o implementar una ordenanza para mantener evaluaciones e incentivar a los miembros del cuerpo de bomberos la importancia de acudir a una intervención donde puedan encontrar un tratamiento adecuado a sus necesidades y conflictos.

BIBLIOGRAFÍA

- Bellatrix, R. (01 de Julio de 2013). *Psicología del Grupo de Rescate: Entre El Peligro y la Resistencia Mental*. Obtenido de El Alma De La Red:
<http://www.ajayu.org/index.php?topic=3805.0>
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (1998). *Manual de Psicopatología*. Madrid-España: McGraw-Hill.
- Comín, E., De la Fuente, I., & García, A. (2003). Causas del Estrés. *El Estrés y el Riesgo para La Salud*, 24-27.
- Contini, Figueroa, M., Cohen, S., & Coronel. (2003). *Ertrategias y Estilos de Afrontamiento en el Estrés en Adolescentes*. Obtenido de
https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBwQFjAAahUKEwiOj97_65DGAhUEG5IKHY8fAMc&url=http%3A%2F%2Fwww.psicologia.unt.edu.ar%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D331%26Itemid%3D248&ei
- Definiciones. (2015). *Definición. De*. Obtenido de <http://definicion.de/psicosomatico/>
- Días, L. (2008). *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*. Obtenido de Estrés Postrumático en Rescatistas:
http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol7_4_08/mie06408.htm
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P., Zubizarreta, I., & Sarasúa, B. (1997). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático. En E. Echeburúa, P. Corral, P. Amor, I. Zubizarreta, & B. Sarasúa, *Análisis y Modificación de Conducta* (págs. 503-523). País Vasco: Vol.23, No.90.
- Farlex. (2007). *The Free Dictionary*. Obtenido de
<http://es.thefreedictionary.com/aut%C3%B3genas>
- Ghiglioni, M. L. (2002). *Biblioteca Asistente Educativa Integral*. Buenos Aires: Cultural Librería Americana S.A.

- Glosarios. (15 de 09 de 2012). *Glosarios Servidor*. Obtenido de <http://glosarios.servidor-alicante.com/psicologia/ansigeno>
- Gomez, C., Gutierrez, E., & Perdomo, M. d. (2012). *Guías de Manejo en Psiquiatría*. Bogota-Colombia: Kimpres Ltda.
- Granado, A. (02 de Julio de 2011). *Respuesta y Control de Emergencias y Contingencia*. Obtenido de Estrés Laboral en Bomberos: <http://alfredorcecpdm.blogspot.com/2011/07/el-estres-laboral-en-bomberos.html>
- Guil, C., Poley, A., Gracia, M., & Lopez, J. (2006). *Revista Médica Electrónica*. Obtenido de Prevención del Trastorno por Estrés Postraumático en el Personal de Emergencias: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/prevencion-trastorno-estres-postraumatico/>
- Labrador, F., Cruzado, J., & Muñoz, M. (1999). *Manual de Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid-España: Pirámide.
- Naranjo, M. (2009). Una revisión Teórica Sobre el Estrés y algunos aspectos reelevantes de éste en el ambito educativo. *Revista Educativa*, 171-190.
- Navarro, F., Peugcerver, A., Carulla, M., Espert, R., Gadea, M., Gastó, C., . . . Sotillo, M. (2000). *Bases Biológicas de la Psicopatología*. Madrid-España: Pirámide.
- Nuñez, D. (2004). *Primeros Auxilios Psicológicos y Emocionales*. Buenos Aires-Argentina: Dunken.
- OMS. (1992). *CIE 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid-España: MEDITOR.
- Psicología, A. d. (2015). *Apuntes de Psicología.com*. Obtenido de <http://www.apuntesdepsicologia.com/ramas-de-la-psicologia/psicofisiologia.php>

- Psicolupita-blogspot. (2008). *Procesos psicológicos fundamentales*. Obtenido de http://psicolupita.blogspot.com/2008/02/recuerdo-repentino-flashback-y-memoria_24.html
- Puchol, D. (06 de Noviembre de 2001). *Psicopediahoy*. Obtenido de El trauma Psicológico: <http://psicopediahoy.com/trauma-psicologico/>
- Reynaldo, A. (2013). *Monografías*. Obtenido de El Estrés- Metodología de la Investigación: <http://www.monografias.com/trabajos14/estres/estres.shtml#QUECAUSA>
- Salinas, Y. (24 de Mayo de 2012). *Psicología y Bomberos*. Obtenido de Bomberos ¿Víctimas directas o indirectas de los eventos adversos?: <http://psiybomberos.blogspot.com/2012/05/bomberos-victimas-directas-o-indirectas.html>
- Senabre, P. (2004). *Seilaf*. Obtenido de <http://www.seilaf.com/descarga-documentos/formacion/81-s00444-toma-decisiones-enlaces-documentos-externos-jaime-senabre-modelo-tridimensional-estres-en-bomberos>
- Sopena, R. (1995). *Aristos-Diccionario Ilustrado de la Lengua Española*. Barcelona: Editorial Ramon Sopena.
- Subirá, A. (2012). Presentación de un caso. *Cuadernos de Crisis y Emergencias*, 1-5.
- Toro, R., & Yepes, L. (2004). *Psiquiatria*. Medellín-Colombia: CIB.
- Valencia, R. (2014). Síndrome General de Adaptación de Selye. *Síndrome General de Adaptación*, 4.
- Valera, S., Pol, E., & Vidal, T. (s.f.). *Psicología Ambiental-Elementos Básicos*. Obtenido de Modelo de Selye: http://www.ub.edu/psicologia_ambiental/uni4/index.htm
- Valero, S. (19 de Enero de 2002). *Angelfire*. Obtenido de Manual Para el Cuidado de la Salud Mental de los Equipos de Primera Respuesta: <http://www.angelfire.com/dc/cmm20/primer.htm>

Wightman, P. (2014). *Psicología en el deporte*. Obtenido de http://leogambluch.idoneos.com/arousal_o_activacion__psicofisiologico/

Wikipedia. (13 de Abril de 2015). *Wikipedia*. Obtenido de <https://es.wikipedia.org/wiki/Amitriptilina>

WordReference. (2015). *WordReference.com*. Obtenido de <http://www.wordreference.com/definicion/v%C3%ADvido>

Yika, M. (15 de Noviembre de 2013). *Soy Bombero*. Obtenido de Riesgos físicos y psicológicos del trabajo de los Bomberos: <https://es-es.facebook.com/BomberosGualaquiza/posts/542392025843129>

ANEXOS

ANEXO 1

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO F43.1

Según el DSM IV (1994) manifiesta que según sus criterios:

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible
3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico
4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)

7. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño
2. Irritabilidad o ataques de ira
3. Dificultades para concentrarse
4. Hipervigilancia
5. Respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

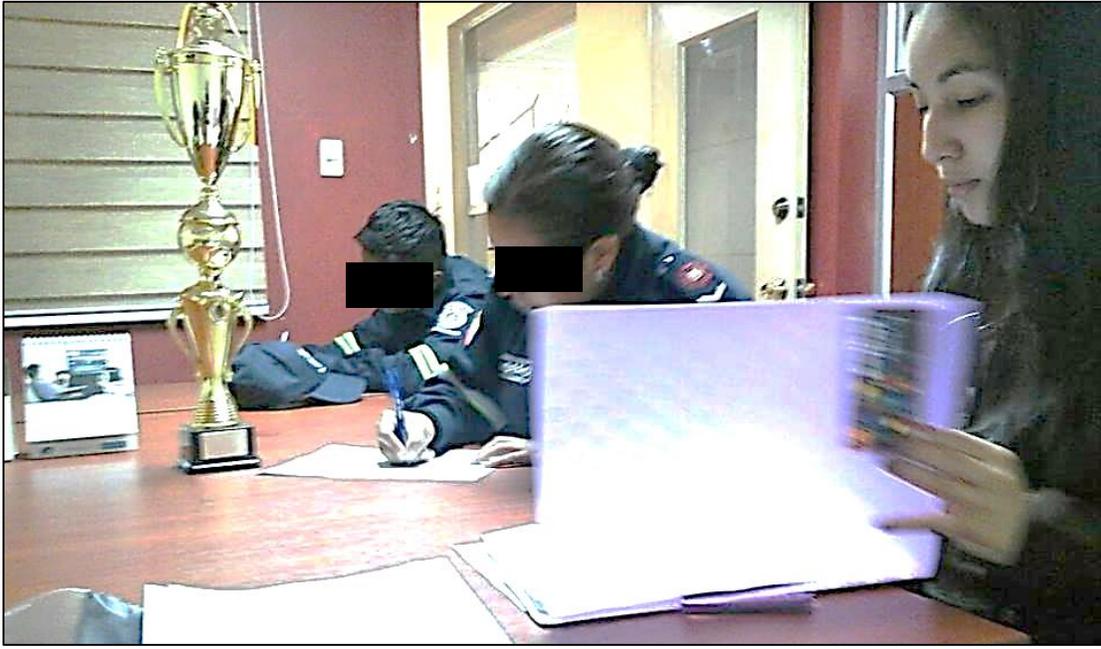
F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

- **Agudo:** si los síntomas duran menos de 3 meses
- **Crónico:** si los síntomas duran 3 meses o más.
- Especificar si: **De inicio demorado:** entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

ANEXO 2

APLICACIÓN DE TEST PSICOLÓGICO “EGSTEP”



ANEXO 3

TARJETAS DE JERARQUÍA PARA DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA

FECHA:		PUNTUACIÓN DE JERARQUÍA
Comienzo /terminación	DETALLE DE LO SUCEDIDO EN LA ESCENA	
	OBSERVACIONES: PUNTAJE DESESENSIBILIZADO:	

TARJETAS DEL PACIENTE NN

*Deas por que lo quide un qutabo que a lo
 how que llegan*

Inicio
 ①
 25 Mayo CT
 SP / SP-SP-OP

(- requisi)

100P.

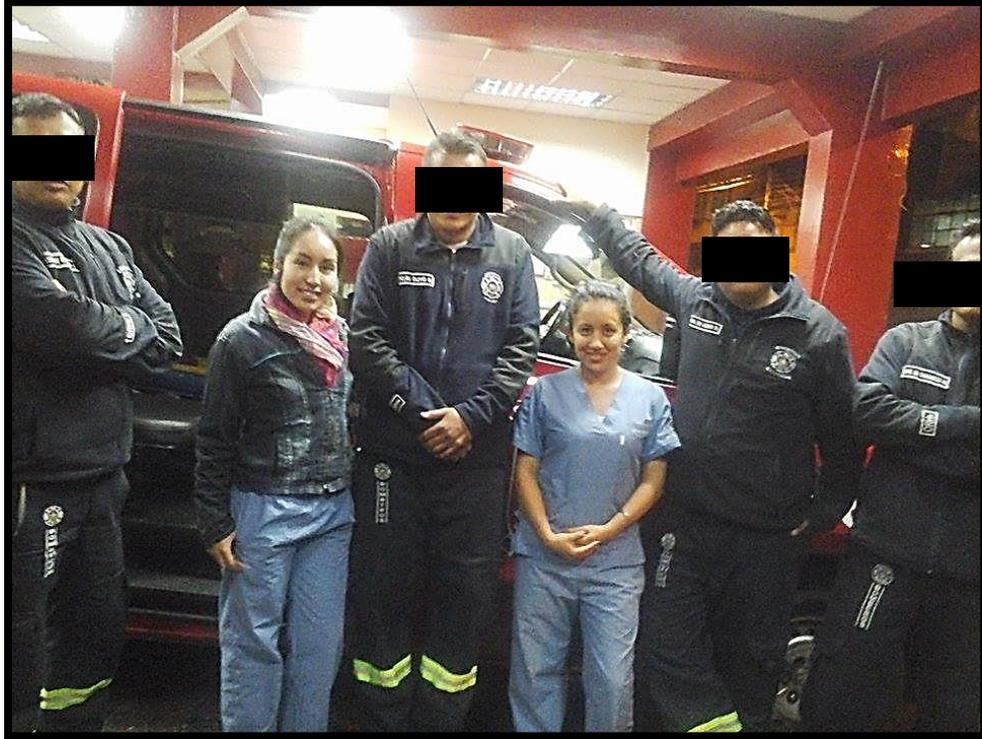
Final 22 Mayo
 Al momento de dferir al paciente en lo cluro ✓

② CT
 25 Mayo = SP-OP
 10P.

22 Mayo
100P Ø

ANEXO 4

LAS TRES COMPAÑÍAS DE BOMBEROS DE RIOBAMBA



CORONEL ROBERTO SANCHEZ e ING. ZULEMA BAUTISTA

ANEXO 5

“ESCALA DE GRAVEDAD DE SINTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO”

APÉNDICE 1

ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO

(Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997)

NOMBRE:

Nº:

EDAD:

FECHA:

Colóquese en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma.

0: NADA

1: UNA VEZ POR SEMANA O MENOS/POCO

2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/BASTANTE

3: 5 O MÁS VECES POR SEMANA/MUCHO

SUCESO TRAUMÁTICO:

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió (meses/años)?:

¿Desde cuándo experimenta el malestar?:

REEXPERIMENTACIÓN

1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones? _____

2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso? _____

3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo? _____

4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? -----

5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? -----

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN: -----
(Rango 0-15)

EVITACIÓN

1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al suceso? -----

2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso? -----

3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso? -----

4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas? -----

5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás? -----

6. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)? -----

7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)? -----

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EVITACIÓN: -----
(Rango 0-21)

AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño? -----
2. ¿Está irritable o tiene explosiones de ira? -----
3. ¿Tiene dificultades de concentración? -----
4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso? -----
5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso? -----

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN: -----
(Rango 0-15)

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: -----
(Rango 0-51)

Escala complementaria

Manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso

- Respiración entrecortada (disnea) o sensación de ahogo -----
- Dolores de cabeza -----
- Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia) -----
- Dolor o malestar en el pecho -----
- Sudoración -----
- Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo -----
- Náuseas o malestar abdominal -----
- Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o de irrealidad -----

- Entumecimiento o sensación de cosquilleo (parestias) _____
 - Sofocos y escalofríos _____
 - Temblores o estremecimientos _____
 - Miedo a morir _____
 - Miedo a volverse loco o a perder el control _____
- Puntuación específica de las manifestaciones somáticas de la ansiedad: _____
(Rango 0-39)

Trastorno de estrés postraumático

Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de reexperimentación; de 3, en el de evitación; y de 2, en el de aumento de la activación.

SÍ Agudo (1-3 meses)
 Crónico (> 3 meses)
 Con inicio demorado

NO

Gravedad del trastorno de estrés postraumático

	PUNTO DE CORTE	PUNTUACIÓN OBTENIDA
ESCALA GLOBAL (Rango 0-51)	15	
ESCALAS ESPECÍFICAS		
<i>Reexperimentación</i> (Rango 0-15)	5	
<i>Evitación</i> (Rango 0-21)	6	
<i>Aumento de la activación</i> (Rango 0-15)	4	

ANEXO 6

FIRMAS DE ASITENCIA DE LAS INTERVENCIONES DIARIAS

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO
CUERPO DE BOMBEROS DE RIOBAMBA**



NOMBRES: CARINA OROZCO

LUCÍA BARAHONA H.

TUTORA: Dra. Alexandra Pilco

FECHA:	HORA:	ACTIVIDAD:	FIRMA DEL RESPONSABLE A CARGO
01/06/15	4:30 pm	Cierre Terapéutico Compañía "2"	
01/06/15	3:30 PM. a 5:30.	Cierre Terapéutico. "Compañía 1"	
01/06/15	5:00 PM. 7:30.	Intervención Individual "Compañía 1"	
02/06/15	6:00 pm 8:30 pm	Intervención Individual "Compañía 2"	
04/06/15	5:30 pm	Intervención Individual Compañía "1"	
05/06/15	4:00 pm 7:00 pm	Compañía "2"	
07/06/15	9:00 pm a 12:00 pm	Intervención Individual Compañía "2"	
08/06/15	19:00 pm a 21:00 pm	Compañía 2	
10/06/15	4:00 pm a 6:00 pm	Compañía X1	
11/06/15	4:00 pm a 17:36	Compañía "2"	

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO
CUERPO DE BOMBEROS DE RIOBAMBA**



NOMBRES: CARINA OROZCO

LUCÍA BARAHONA H.

TUTORA: Dra. Alexandra Pilco

FECHA:	HORA:	ACTIVIDAD:	FIRMA DEL RESPONSABLE A CARGO
02/03/15	09:00am	Coordinación para los cronogramas	
03/03/15	07:00pm 8:00pm	Aplicación de Test Psicológico (EGTEP) a primer pelotón y compañía NO.3	
04/03/15	08:30am 07:00pm	No se aplicó en la mañana ni en la noche debido a complejaciones.	
05/03/15	08:30am 9:10am	Aplicación del Test Psicológico (EGTEP) a Tercer pelotón.	
06/03/15	08:00am 03:00pm	No se aplicó debido a que existió una reunión con miembros del Municipio.	
10/03/15	03:00 pm 03:50 pm	Se aplica Test Psicológico (EGTEP) a Compañía No. 2 "24 de Abril".	
10/03/15	03:50 pm 04:40 pm	Se aplica Test Psicológico (EGTEP) a Compañía No.3 "S/N"	
31/03/15	08:30am	Entrega de información y tabulación en Talento Humano y establecimiento de horarios.	
02/04/15	03:50pm	Entrega de nueva distribución de rotación de bomberos.	
05/05/15	09:00am	Coordinación de horarios para inicio de Intervención Terapéutica.	

LUCÍA BARAHONA H.
CARINA OROZCO

ANEXO 7

Entrevista a:

Ing. Zuleida Bautista

Jefa de Talento Humano del Cuerpo de Bomberos del GAD Municipal del cantón Riobamba.

Encargada de la gestión de talento humano, lleva trabajando año y medio.

De acuerdo a la investigación de la Desensibilización Sistemática en el Trastorno de Estrés Postraumático se realizó las siguientes preguntas:

1. ¿Ha existido anteriormente investigaciones o intervenciones psicológicas individuales con el grupo de Bomberos?

“Lamentablemente no, en los archivos institucionales así como en las autoridades y en los compañeros con los que he tenido la oportunidad de hacerles esta consulta precisamente debido a que es algo bastante necesario, pero no se evidencia ningún tipo de estudio que se haya realizado anteriormente.”

2. Coméntenos, ¿cuál es la función o los roles que cumplen cada uno de los bomberos y su importancia en el trabajo que se realiza entre compañeros y en emergencias?

“En general, los bomberos aquí se manejan por rangos desde un bombero raso hasta el coronel también tenemos el personal técnico y el personal de conductores.”

“El personal técnico que son los señores inspectores que hacen prevención, en realidad ellos son los únicos que tienen funciones diferentes, debido a que ellos van a la emergencia al momento que ha sucedido algún evento adverso, a inspeccionar y determinar las causas de los posibles flagelos digamos en este tipo de casos. N el caso del resto del personal tanto bomberos como conductores como los oficiales ellos realizan labores similares puesto que todos tiene los cumplimientos, inclusive en el cuerpo de bomberos contamos con los choferes que también son bomberos profesionales no simplemente hacen la conducción de los vehículos de emergencia sino que también atienden pacientes y también hacen todo tipo de rescates. Entonces si bien aquí hay una diferenciación por grados o por rangos, todos hacen las funciones de rescates, salvamento, y ese tipo de cosas.”

3. ¿Cómo ha visto que se manifiesta el estrés entre los bomberos tanto entre compañeros como después de atender emergencias o en otras esferas o realidades que ellos se van desempeñando?

“De lo que he podido constatar aquí, le hablo de un caso específico que más o menos hace un año, justo en la celebración de navidad unos compañeros tuvieron que atender una emergencia de una persona que se había suicidado entonces obviamente esta persona vino bastante afectada no quiso ni asistir a la programación que

habíamos realizado porque si es algo que les influye bastante emocionalmente pero no solo este síntoma se presenta he podido evidenciar que el carácter que tienen es bastante variable muchas personas tienen el carácter bastante conflictivo, no tienen buenas relaciones interpersonales también se dedican mucho a la alcohol, a veces también he podido ver que en la familia tiene bastantes problemas, y lamentablemente he podido ver también que aquí se maneja bastante lo que son hogares disfuncionales, por hijos que tienen fuera del matrimonio, relaciones extramatrimoniales y creo que son resultado de este tipo de trabajo ya que les afecta psicológicamente, buscan refugiarse en situaciones que no son tan adecuadas para ellos como por ejemplo el vicio del licor o apuestas, sin embargo el carácter es lo más conflictivo en cuanto no hay mucha paciencia, aceptación entre compañeros, y a veces es mismo carácter hace que no se manejen con el mayor respeto, tino que requieren las relaciones para que funcione dentro de un ambiente laboral. Además he podido evidenciar acoso laboral, tanto entre rangos altos, inclusive desde grados bajos hacia los altos, lamentablemente aquí es un problema bastante conflictivo el que pasen muchas horas juntos dentro del cuartel, porque ellos cumplen guardias de 24 horas juntos, y a veces al no tener todo este horario copado se dedican a hacer otras cosas y también eso les afecta, porque es una pérdida de tiempo, tiempo muerto, porque no hacen ninguna actividad física que sería lo ideal. Hay personas, de un estudio que se hizo para determinar las aspiraciones profesionales que ellos esperan, se hizo en este año, entonces es bastante sorprendente que por ejemplo nadie quiere ocupar cargos directivos, no se quieren preocupar en estudiar o en prepararse debido a que no les gusta afrontar responsabilidades y así mismo en las emergencias hay quienes los compañeros han dicho que prefieren trabajar con unas u otras personas porque no les brindan la colaboración o hay personas que tienen miedo a ciertas situaciones de emergencia que no las pueden confrontar, entonces ellos los relegan y no les gusta trabajar con ellos, precisamente por estos traumas que pudieron haber evidenciado o haber vivido. Lo más grave siempre va a ser el problema social, debido a los problemas que ellos arrastran muchos problemas familiares, incluso ellos arriesgan el trabajo porque viene a trabajar incluso en estado etílico, y eso pone en riesgo la vida de los compañeros con los que trabaja sino también a las personas que ellos atienden.”

4. ¿De acuerdo a la investigación sobre el Trastorno de Estrés Postraumático y la aplicación que se dio de la Desensibilización Sistemática durante este tiempo que piensa acerca de este trabajo que se ha podido realizar?

“Creo que se ha dejado pasar demasiado tiempo en una profesión de tan alto riesgo psicológico como es los bomberos sin haberse hecho ninguna otra cosa, entonces es bastante importante porque es la primera vez que se efectúa y deben haber muchas situaciones, que a lo mejor nosotros que nos somos especialistas en la materia no podemos determinar pero sin embargo se ve reflejado en el comportamiento de los compañeros. Entonces bastante interesante, he podido conversar un poco con las personas que se les aplicó este estudio y se les ve un poco más relajados, más clamados, sin embargo no se pude profundizar porque es información confidencial,

pero obviamente si es bastante necesario el que tengan un seguimiento psicológico, no solamente esporádico, una vez por año, sino si es necesario que por lo menos el cuerpo de bomberos contara con un dispensario no solo médico sino con un psicólogo que pueda hacer un seguimiento más profundo y que la investigación que ha iniciado pudiera continuar eso sería lo ideal.”

5. ¿Que tan importante cree Ud., que es la aplicación de estas intervenciones psicológicas en la institución en lo posterior?

“Como le decía anteriormente es importante un seguimiento psicológico, porque si bien ustedes ya con este estudio por ejemplo detectaron cual es la problemática también aplicaron una especie de tratamiento, saben que el tiempo no es suficiente se necesita mucho más tiempo incluso para ver cómo van evolucionando, para ir desarrollando técnicas adecuadas , precisamente para los bomberos, porque estudios hay muchos de lo que he podido ver, pero hay en policía, sector público, pro a nivel del Ecuador respecto a bomberos realmente o existe este tipo de estudios, y si hay son datos no confiables y escasos, entonces si sería importante que haya un acompañamiento psicológico se siga haciendo con mayor frecuencia puesto que las emergencias estas ahí, a veces la ciudadanía no puede palpar el trabajo que se hace en el cuerpo de bomberos pero una vez aquí a dentro se puede evidenciar cuantas veces salen a atender emergencias no solamente en incendios que es el fuerte de los bomberos , sino también hace rescates, extricación, y ellos están expuestos a todo tipo de cosas, a mirar muertos, a mirar heridos, ellos hablan con mucha tristeza y desesperación especialmente cuando se trata de niños, que es la población más vulnerable, los ancianos, cada persona es un mundo diferente y reacciona de forma distinta ante este tipo de estímulos por lo tanto necesita un acompañamiento continuo.”

.....

Ing. Zulema Bautista

Jefa de Talento Humano del Cuerpo de Bomberos

ANEXO 8

Entrevista a: Coronel Roberto Sánchez

Jefe del Cuerpo de Bombero de Riobamba

“La entrevista se realiza en base a la investigación y aplicación de La Desensibilización Sistemática en el Trastorno de Estrés Postraumático.”

1. ¿Qué tiempo lleva Ud. Trabajando en el Cuerpo de Bomberos de Riobamba?

“Sí, muy buenos días, muchas gracias por la gentil entrevista, como bombero ingrese en el año 1995, al momento ostento la jefatura y total tengo 20 años cumplidos en Abril del 2015, en tan noble institución.”

2. ¿A existido investigaciones o intervenciones psicológicas que se hayan aplicado de manera individual, como esta ocasión, a cada uno de los miembros del grupo de bomberos?

“En lo personal, manifestarle en honor a la verdad que esta es la primera vez, que al menos tengo la visita de tan importantes estudiantes de la UNACH, solicitando se haga la tesis del Tema que Ud. han dirigido en lo que tiene que ver con el personal, manifestarle y ratifico que es la primera vez, y más bien les agradezco de mil maneras porque esto en verdad sirve, y servirá a futuro al personal para su desenvolvimiento en la institución tanto así como en sus diferentes actividades.”

3. ¿Cómo ha visto que el estrés se manifiesta en los bomberos, en la relación entre compañeros, así como también después de atender una emergencia, si lo manejan o a veces no lo manejan tanto; y cómo también reaccionan en sus niveles familiares u otros ambientes sociales?

“Importantísima esta pregunta, manifestarle que fui parte de la institución en el área de tropa, prácticamente pase 5 años con los compañeros de tropa como bombero profesional, conozco de cerca las debilidades, la necesidad del personal es por eso que luego de una emergencia, cualquier tipo de emergencia, mas antes era lo pre-hospitalario, hoy tenemos lo que es la defensa contra incendios, los rescates.”

“La conducta del compañero, del bombero, la conducta del operador, la conducta del trabajador en general, es totalmente variable, una cunado ingresa a la guardia y otra cuando sale, ósea ingresa con un cien por ciento de ganas, con positivismo; pero imagínese que durante la guardia sean en la mañana o en la tarde, en la noche, en la madrugada , tenga una emergencia, por poner un ejemplo, recién la semana anterior tuvimos cuatro incendios en la misma guardia, esta persona prácticamente sale totalmente estresada, sale totalmente acabado, sale totalmente asfixiado, sale totalmente con un carácter, con un genio que de pronto podrá llegar a casa y allá revienta, pero sin embargo pienso que el tema de Ud, acá es importantísimo, y al menos aspiro que se haya logrado en su totalidad, aunque no como hubiéramos querido nosotros, pero si en un porcentaje bastante elevado el nivel en lo que tiene

que ver la actuación del personal tanto en la institución a la próxima guardia como en su hogares, luego de que hayan cumplido sus labores acá en la institución.”

4. Finalmente, ¿Qué piensa Ud. acerca de la importancia de este tipo de aplicaciones, en en el futuro, si se debería continuar o no?

“Muchísimas gracias me mantengo en lo que dije anteriormente al menos va a servir de mucho al personal, tanto en lo personal operático, administrativo, al personal de varios servicios, sinceramente en lo personal el agradecimiento a Uds, y ojala no sea la primera vez que sigan que se continúe este tipo de enseñanzas porque el personal al menos yo estimo de que tienen que asimilar este mensaje o sugerencia que Uds., de cómo actuar al momento mismo de que se de este tipo de situaciones en lo personal en el trabajo en el hogar con la gente con la gente que atendemos nosotros luego de una emergencia con un paciente al momento del traslado de un emergencia hospitalaria de pronto tenemos un paciente que sufrió que se yo una trauma craneoencefálico diferente fracturas que se pueden presentar osea lo que tiene que ver con incendios de igual manera tenemos que ver gente que de pronto sufrió quemaduras, esas cosas, nosotros debemos asimilar y ser fuertes en nuestro carácter y nuestro espíritu, para de pronto no demostrar que de pronto estamos decaídos, sino más bien a esa gente que esté sufriendo darle ánimo, darle fuerzas, que se levante de donde está.”

“El incendio que tuvimos la semana anterior, imagínese, con perdida material no así pérdidas de vida pero si en la parte económica inclusive en el día de hoy llevamos nuestro informe, ojalá Dios permita que se recupere algo de lo que se ha perdido, en la instancias e Instituciones que están acudiendo las personas, que viven este tipo de emergencias, nuevamente repito en lo personal estoy muy agradecido, como siempre las puertas abiertas de la Institución mis 20 años en la Institución han hecho que de pronto, todo tipo de estudiantes lleguen hacer prácticas pero en el tema de ustedes como estudiantes de la UNACH, es la primera vez y muy agradecido y estoy complacido porque al menos los compañeros han visto y yo he manifestado como les va?, que hay de las preguntas, a que se debe? Que es lo que traen?...manifestando que lo mismo les ayudara en sus vidas, en sus trabajos. Ojala Dios permita no sea la primera vez que sigan manteniendo este tipo de reuniones aunque ya no con ustedes, porque de pronto ustedes ya serán unos profesionales el día de mañana. Que venga más gente, que las puertas de la Institución están abiertas para que hagan sus prácticas, sus tesis, y las enseñanzas que queden en el personal del cuerpo de bomberos”

.....

Coronel Roberto Sánchez

Jefe del Cuerpo de Bombero de Riobamba

ANEXO 9

FICHA DE SEGUIMIENTO TERAPEÚTICO

FECHA	TIEMPO	TÉCNICA	OBJETIVOS	ACTIVIDAD	EVOLUCIONES
07/05/15 al 09/05/15	40 minutos	INICIO DE HISTORIAS CLÍNICAS	Recopilación de información y establecimiento de la alianza terapéutica.	Elaborar la Historia del paciente con la recopilación de información, necesaria para el conocimiento del terapeuta sobre su desarrollo en años anteriores, los posibles motivos de inicio del trastorno, su dinámica familiar y aspectos informativos su trabajo y relación laboral. Materiales: Hojas de evolución Hojas de asistencia	PRIMERA SESIÓN Se puede notar que la mayoría de pacientes presentaron predisposición y colaboración para el diálogo, y la indagación a profundidad de datos relevantes en sus diferentes esferas sociales que nos permitió conocer de mejor manera el desarrollo de la sintomatología a través del tiempo. Incluso al topar ciertas temáticas de su infancia se evidenció labilidad emocional y tendencia al llanto, lo que permitió inducir a catarsis, al final se notó una descarga emocional exitosa que fue evidencia y manifestada por los pacientes. Un reducido número de pacientes mostro resistencia y cuestionamiento sobre la indagación, debido a ciertos rasgos de personalidad y también por ser la primera ocasión que se realiza un trabajo personalizado sobre terapia psicológica en la Institución, presentando ideas erróneas sobre el futuro manejo que se dé a la indagación. Para lo cual se proporcionó información sobre el plan terapéutico dentro de un marco de confidencialidad y privacidad.

<p>10/05/15 al 12/05/15</p>	<p>40 minutos</p>	<p>FINALIZACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS</p>	<p>Elaborar la catarsis y el relato de lo sucedido si es necesario. En víctimas afectadas por este trastorno permitirá brindar información sobre la reacción psicológica y síntomas que suelen seguir al trauma.</p>	<p>Elaborar la Historia del paciente con la recopilación de información, necesaria para el conocimiento del terapeuta sobre su desarrollo en años anteriores, los posibles motivos de inicio del trastorno, su dinámica familiar y aspectos informativos su trabajo y relación laboral.</p>	<p>SEGUNDA SESIÓN Ahondar en el conocimiento exhaustivo sobre la situación o situaciones impactantes que provocaron o desencadenaron el desarrollo del Trastorno de Estrés Postraumático, además de la evolución y gravedad de síntomas y como el paciente ha desplazado su afectación a través de soluciones no tan saludables para su integridad física y psicológica, por ejemplo: consumo de sustancias psicotrópicas, alcohol, tabaco, conductas obsesivas con el perfeccionismo, etc. Dentro de esto se pudo notar que muchos de ellos han vivido hasta la actualidad con la situación impactante y creando una realidad de sus síntomas a través de una etiqueta de “normalidad” o parte natural de su profesión, lo cual ha permitido que en muchos casos no sea tan evidente ya que lo han sabido socapar con</p>
-------------------------------------	-------------------	---	--	---	---

					<p>justificaciones relacionadas con otras problemáticas sociales, familiares, laborales y no reconocer al trastorno como causa. Al principio algunos se mostraron nerviosos o preocupados al relatar los síntomas que estaban presentes, como en general fueron: flashbacks, evitación relativa de ciertas emergencias debido al recuerdo que pueden motivar imágenes sobre la situación, dificultad para conciliar el sueño(insomnio), ataques de ira, sensaciones olfativas y kinestésicas muy desagradables al recoger personas mutiladas o en estado de descomposición, que han permanecido incluso después de varias semanas aunque no exista un estímulo real, pesadillas constantes sobre situación impactante acompañadas en ciertos casos con críticas sobre su desempeño laboral, preocupación intensa e</p>
--	--	--	--	--	--

					ideas obsesivas sobre la integridad y seguridad de sus familiares durante y después del accidente acudido incluso realizando llamadas para descartar sus ideas erróneas. Por otro lado ciertos pacientes han desarrollado insensibilidad después de la exposición a gran cantidad de accidentes en especial dentro de situaciones familiares u dificultad para recordar ciertas escenas ocurridas, deformación de relaciones familiares o de pareja.
13/05/15 al 15/05/15	40 minutos	1.PRESENTACIÓN DE LA TÉCNICA AL CLIENTE:	Exponer al sujeto para una correcta aplicación de la Desensibilización Sistemática mediante una correcta explicación de la misma para motivar al sujeto, hacerle comprender la	Los aspectos a tomar en cuenta con el paciente son: a) Explicación de la Lógica y funcionamiento de la técnica.	TERCERA SESIÓN Se realizó un ejercicio previo basado en la visualización de un limón para evidenciar: primero la capacidad de visualización de cada paciente y segundo que pueda identificar los cambios fisiológicos que van ocurriendo y originando la imagen creada en su mente, sin necesidad de realizar una

			<p>estrategia básica y los principios de la eficacia de la técnica.</p>	<p>b) Explicación de su ejecución en cada fase de la técnica</p>	<p>exposición con el objeto real. Muchos de ellos lograron tener respuestas corporales y gustativas, estas se evidenciaron con sus comentarios posteriores.</p> <p>Se aplicó psi coeducación sobre las diferentes etapas a trabajar y se respondió a diferentes dudas que cuestionaban, además se explicó que se puede asociar las situaciones traumáticas por medio de la relajación y visualización llegando a comprometerse mutuamente sobre el compromiso que se requiere para la práctica y entrenamiento de la misma. El cien por ciento de pacientes se mostraron predispuestos a participar activamente en cada etapa.</p>
<p>16/05/15 al 18/05/15</p>	<p>40 minutos</p>	<p>2.ENTRENAMIENTO DE LA RESPUESTA INCOMPATIBLE CON LA ANSIEDAD</p>	<p>Enseñar al paciente a controlar su propio nivel de activación sin ayuda de otros recursos</p>	<p>La técnica más utilizada es la relajación progresiva de Jacobson, donde se</p>	<p>CUARTA SESIÓN</p> <p>A continuación al aplicar el entrenamiento en relajación de Jacobson se notó que la mayoría de pacientes no conocían o había</p>

			<p>externos y pueda utilizarles en cualquier tipo de situación que se le presente.</p> <p>Entrenarle al paciente en relajación, obteniendo como resultado que en su fase final llegue a relajarse en un período de siete a diez minutos.</p>	<p>trabajar con todos los grupos musculares en una sola sesión.</p> <p>Se le enseñara al sujeto los ejercicios, tras lo cual el sujeto deberá llevar a cabo una práctica diaria en los tiempos libres, cuando no se encuentre en sesión.</p>	<p>realizado anteriormente este tipo de técnica, se buscó un área que se encuentre fuera de estímulos estresores, se utilizó en ciertos casos una sillas o camas de acuerdo a la comodidad del paciente, también se utilizó una melodía relajante que permita mejor concentración. Como primera sesión se notó que muchos de ellos seguían las instrucciones y lograron relajarse completamente cerca de un 10 %, el 2% restante mostraron dificultad para concentrarse evidenciando marcada ansiedad, constante cuestionamiento de cada paso y baja tolerancia a seguir instrucciones para permanecer con los ojos cerrados. También se envió a aplicar el ejercicio en casa, ya sea en la noche o al despertar, pero al 2% con mayor dificultad se le recomendó intensificarlo acompañado de un ambiente privado y la utilización de</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>música de relajación.</p> <p>Al finalizar se explicó que el objetivo de la utilización de esta técnica es disminuir los síntomas de ansiedad y estrés para preparar al sujeto para las siguientes sesiones. Además se motivó a practicarlo especialmente a quienes presentaban insomnio, sueños perturbadores y pesadillas reiteradas para conseguir un mejor manejo de la capacidad de descanso.</p>
19/05/15 al 21/05/15	40 minutos	3.LA CONSTRUCCION DE JERARQUIA DE ANSIEDAD	<p>Registrar las fluctuaciones de la ansiedad en diferentes situaciones del sujeto.</p> <p>Evidenciar el nivel de relajación que el sujeto va adquiriendo, según el registro que vayan obteniendo.</p>	<p>Se le pide al sujeto una lista de estímulos que susciten ansiedad, los mismo que deben ser ordenados según el nivel de ansiedad que provocan, posteriormente serán evaluados conjuntamente con el</p>	<p>QUINTA SESIÓN</p> <p>Se trabaja con un total de construcción de 10 elementos que conforman la jerarquía, además de trabajar y buscar elementos de la situación traumática, se buscó adicional un miedo al que los pacientes reaccionan o conviven en su diario vivir.</p> <p>Al iniciar se les explico que los elementos descritos deben formularse exactamente detallados con todos los estímulos</p>

				<p>terapeuta para ordenarlos de acuerdo al criterio del sujeto, generalmente las jerarquías llevan de 10 a 15 ítems.</p>	<p>encontrados en ese momento, ya que el mismo servirá para la visualización en la siguiente sesión.</p> <p>La construcción en su mayoría se combinó entre convencional e idiosincrásico, las mismas que se manejaron de acuerdo a las experiencias que tuvo el paciente, hay que reconocer que los pacientes en muchas de las ocasiones no eran conscientes de los síntomas que presentaron en el momento de la situación, algunos de ellos lo etiquetaron como adrenalina, mas no como ansiedad o situación altamente estresante, pero a la final desarrollaban los mismos síntomas de un trastorno de estrés postraumático.</p> <p>Se evidencio que en algunos la construcción de elementos de jerarquías fue demasiado fácil, dando a conocer que son eventos que han transcurrir constantemente y que es</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>evidente, e incluso solo al momento de elaborar la lista para la jerarquía mostraron afectación por los diferentes recuerdos que debían traer a su mente ya que tres de ellos manifestaban que en su experiencia impactante en cierto modo se identificaron con la víctima relacionándolo con algún familiar cercano. Para la puntuación realizada el cien por ciento de pacientes tuvieron dificultad en encontrar puntuaciones inferiores en el momento de la sesión. Se envió a realizar una réplica en casa, para la siguiente ocasión ejecutar una comparación. En la siguiente sesión se revisó la tarea, con las tarjetas y las puntuaciones, se pudo evidenciar que la mayoría no logro realizarlas ya que manifestaban justificaciones sobre la falta de tiempo mientras que otro porcentaje lo realizó y manifestaron haber recordado con</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>más detalle otras situaciones, sin embargo la relajación si la practicaron en casa todo el grupo. Se revisa las nuevas tarjetas realizadas en casa, y se proporciona feedback positivo sobre su trabajo y la realización de la misma. Posterior a eso se hizo una comparación de las puntuaciones tanto de las tarjetas elaboradas en la sesión como las traídas de la tarea, para junto con el paciente nuevamente clasificar las más importantes, las más fuertes y las de menor intensidad. Quedando así una jerarquía final de 10 ítems, con el cual realizaremos la Desensibilización. Se le explicó a cada paciente que el objetivo de tomarnos el tiempo necesario para la elaboración de la jerarquía ya que es importante que se detalle adecuadamente para evitar errores en la inducción de imagen y trabajar en las escenas realmente vívidas.</p>
--	--	--	--	--	---

<p>22/05/15 al 24/05/15</p>	<p>40 minutos</p>	<p>4.DESENSIBILIZACIÓN PROPIAMENTE DICHA</p>	<p>Proporcionar al sujeto una aproximación metal a la situación o situaciones que produce altos niveles de ansiedad para que mediante la guía del terapeuta se realice un reaprendizaje disminuyendo o eliminando reacciones ansiógenas.</p>	<p>Revisar la tarea de la sesión anterior. DESENSIBILIZACIÓN PROPIAMENTE DICHA: Una vez que la persona se ha entrenado en relajación y se ha construido la jerarquía, se procederá a presentar los ítems al sujeto en imaginación mientras se aplica la relajación. *Como regla general se suele llevar a cabo una o dos sesiones por semana, aunque según Wolpe el espaciamiento de las</p>	<p>SEXTA SESIÓN Se realiza la desensibilización sistemática, esto permitió observar los niveles de ansiedad y sintomatología estresante presentes en cada presentación de los ítems. Se pudo notar como muchos pacientes presentaron puntuaciones altas es decir gran cantidad de síntomas ansiosos acompañados de: labilidad emocional, llanto fácil, agitación, aumento de la respiración, etc. Estos síntomas se presentaron en las imágenes visualizadas de alto puntaje para lo cual se realizó una terminación inmediata, ya que las puntuaciones en cada repetición no disminuían significativamente, en otros casos se notó que ciertos ítems que en la jerarquía se dio una puntuación baja o de menor importancia, al momento de la visualización se evidencio que era la que</p>
-------------------------------------	-------------------	--	--	--	---

				<p>sesiones es indiferente, ya que informa de casos en que se ha aplicado de forma masiva.</p> <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hojas de evolución -Hojas de asistencia -Si es necesario: (videos fotos, proyecciones) 	<p>más afectación causaba. En estos casos al terminar se redirección hacia una imagen relajante y positiva acompañada de respiración profunda, se preguntaba al paciente como se sentía y que detalle lo que había observado, muchos de ellos se sentía seriamente afectados por recordar las imágenes incluso uno de ellos manifestaba tener sequedad en la boca y sensación de pesadez en las piernas, otros se mostraban sorprendidos al darse cuenta que ciertos recuerdos que habían perdido de la situación impactante al fin los recordaban.</p> <p>Para esto se envió a cada paciente a realizar catarsis a través de ciertas tareas en casa como práctica de la relajación y que comenten con una persona de confianza la situación recordada, esto con el objetivo que para la próxima ocasión que se</p>
--	--	--	--	--	---

					visualice, se pueda afrontar con menor afectación los ítems. La gran mayoría de pacientes tomaron conciencia del impacto del trauma en sus vidas con la visualización.
25/05/15 al 27/05/15	40 minutos	5.DESENSIBILIZACION SITEMÁTICA PROPIAMENTE DICHA		Se realizará como segunda sesión la aplicación del apartado descrito anteriormente. Esta vez realizando Variaciones de la desensibilización sistemática si es necesario según como el paciente haya reaccionado después de las sesiones previas y tareas en casa.	SEPTIMA SESIÓN Para esta segunda ocasión antes de iniciar la desensibilización se preguntó al paciente si había realizado las tareas para inducción de catarsis y si había repasado la relajación especialmente aquellos sujetos que resultaron realmente afectados en la anterior sesión, ellos manifestaron que si lo había realizado y que se sentían mucho más relajados otros comentaron que incluso lo canalizaron hacia ciertas zonas específicas del cuerpo, pero en general comentaron que gracias a esta técnica pudieron notar el estancamiento u conflicto que había desarrollado y no le dieron la importancia adecuada en su momento.

					Los pacientes manifestaron la motivación a continuar con la técnica, la disminución de síntomas en muchos de los pacientes era evidente, no fue necesario desensibilizar a cero ya que muchas de las imágenes que puntuaban alto se pudo bajar hasta la mitad de las mismas, esto permitió que para la próxima ocasión el objetivo sea una puntuación significativamente baja, además que se observó como la presentación de los ítems era mucho más rápido, es decir se notaba que el paciente había repasado y aplicado la relajación así como la visualización.
28/05/15 al 30/05/15	40 minutos	6.DESENSIBILIZACION SITEMÁTICA PROPIAMENTE DICHA: (Fase Final)		DESENSIBILIZACION SITEMÁTICA PROPIAMENTE DICHA: (Fase Final) Se realizará como	OCTAVA SESIÓN En esta sesión se dio a conocer en conjunto con el paciente los diferentes avances que se ha venido obteniendo a lo largo de las visualizaciones y como las puntuaciones

				<p>segunda sesión la aplicación del apartado descrito anteriormente.</p> <p>Materiales: Hojas de evolución, Tarjetas de jerarquía, música de relajación, silla cómoda, Hojas de evolución, Hojas de asistencia, lápiz y borrador.</p>	<p>actuales son mucho más inferiores que las inicialmente propuestas. Esta vez la desensibilización se inició con los ítems faltantes que presentaban puntuaciones menores a 30. Incluso para muchos hubo reconocimiento de la eficacia de la técnica y lo manifestaron con comentarios acerca de la práctica en su hogar e incluso su influencia en su estado de ánimo.</p>
31/05/15	40 min a 90 min	7. CIERRE TERAPÉUTICO Y APLICACIÓN DE RETEST	<p>Identificar los avances, las experiencias personales y comentarios sobre el provecho de la intervención terapéutica, para que el cierre se desarrolle de</p>	<p>Realizar un conversatorio en grupo. Aplicar un re-test que nos facilitara conocer los resultados posteriores a la aplicación de la</p>	<p>NOVENA SESIÓN Finalmente se indago a cada paciente sobre el desarrollo de la técnica y como lo percibe al momento, en general nos dieron a conocer que el manejo de la sintomatología al momento es más eficaz ya que cada uno ha notado mejoría y mayor control de respuestas ante eventos de emergencia.</p>

			<p>una manera que no perjudique al sujeto.</p>	<p>técnica.</p> <p>Materiales:</p> <p>Test Escala de Gravedad de Síntomas para el Trastorno de Estrés Postraumático, Hojas de evolución, Hojas de asistencia.</p>	<p>Finalmente se motivó a seguir practicando la relajación y que posteriores situaciones similares, de identificación o traumáticas las tome como nuevas oportunidades para aplicar lo entrenado en este tiempo, y su manejo sea más satisfactorio.</p> <p>Se aplicó el retest correspondiente con la ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.</p>
--	--	--	--	--	---